Über die

syphilitische Erkrankung der Lunge.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 11. August 1896

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Jakob Schiffmacher

aus Mainz.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. A. Marquart.
- Dr. med. A. Raubach.
- Cand. med. P. Königs.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153504_0041

Inhaltsverzeichnis.

Seite

I. Einleitung 8

II. Geschichtliches 10

III. Pathologische Anatomie

1. Die Hauptformen der Lungensyphilis und ihre Erkennbarkeit 13

2. Giebt es eine syphilitische Phthise? 20

IV. Klinisches

1. Ätiologie, Pathogenese und Symptomatologie . . . 29

2. Diagnose 32

3. Prognose und Therapie 42

V. Zusammenfassung 43

VI. Einige Fälle von Lungensyphilis 45

Litteratur-Übersicht.

Bäumler. Über das Verhalten der Körperwärme als Hülfsmittel zur Diagnose einiger Formen syphilitischer Erkrankung. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band IX. 1872. pag. 397 bis 432.

Derselbe. Syphilis; in Ziemssens Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Band III.

Beer, Arnold. Die Eingeweidesyphilis. Tübingen 1867.

Birch-Hirschfeld. Pathologische Anatomie. Leipzig 1894.

Cube, Dr. M. Ein Beitrag zur Lungensyphilis. Virchows Archiv. *82. Band.* 1880. 3. Heft.

Dittrich. Der syphilitische Krankheitsprocess der Leber. Prager Vierteljahrschrift für practische Heilkunde. 1850. Bd. II.

Ewe, Dr. Heilung in drei Fällen von Lungensyphilis. Wiener medizinische Presse. XX. Jahrgang. 1879. No. 24.

Führer. Bericht über Leichenuntersuchungen. Deutsche Klinik 1854.

Fournier. De la phthisie syphilitique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Paris 1875. No. 48—50.

Derselbe. Phagédénisme tertiaire du pied, phthisie syphilitique. Annales de Dermatologie et de Syphilographie. Paris 1878—79. pag. 121—133.

Frank, Dr. J. Über einen Fall von Lungensyphilis. Wiener medizinische Presse. 1880. Band XXI. No. 38.

Gerhardt. Lungenphthise, tuberculöse Geschwüre des Magens und Darmes, heilendes tuberculöses Geschwür des Kehlkopfes, schrumpfende linksseitige Pleuritis, Pneumopericardie. Sitzungsberichte der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. 1881.

Grandidier. Über Lungensyphilis. Berliner klinische Wochenschrift. 1875. No. 15.

Güntz, Dr., Edmund. Das syphilitische Fieber. Leipzig 1873. (Friedrich Fleischer.)

Hecker. Zwei seltene Fälle von Syphilis congenita. Virchows Archiv. Band XVII. 1859. 1. und 2. Heft.

Derselbe. Bemerkungen über Syphilis congenita. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Band VIII. 1855. pag. 107—138.

Hiller, Dr. A. Über Lungensyphilis und syphilitische Phthisis. Charité-Annalen. Band IX. 1884.

Kaposi, Dr. Moriz. Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. (Ferdinand Enke) 1891.

Kopp, Dr. Carl. Syphilis der Trachea und der Bronchien. Pneumonia syphilitica. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band XXXII. Leipzig 1883.

Lancereaux. Traité historique et pratique de la Syphilis. Paris 1873. (Germer Baillère.)

Pankritius, Dr. F. W. T. Über Lungensyphilis. Berlin. (August Hirschwald) 1881.

Pavlinoff. Diagnose und Behandlung der Lungensyphilis, nach klinischen Vorträgen des Prof. Sacharjin zusammengestellt. Virchows Archiv. Band 75. 1879. 1. Heft.

Portal. Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris 1809. Bd. I.

Ramdohr, Dr. H. Zur Casuistik der Lungensyphilis bei Erwachsenen. Archiv der Heilkunde. Band XIX. Leipzig 1878.

Rollet, Dr. Emil. Über Lungensyphilis. Wiener medizinische Presse. 1875. No. 47.

Sacharjin, Prof. Dr. Die syphilitische Pneumonie. Berliner klinische Wochenschrift. 1878. 3. Heft.

Schech, Dr. Th. Lungen- und Trachealsyphilis. Casuistischer Beitrag. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band XXXI. Leipzig 1882.

Derselbe. Beitrag zur Lehre von der Syphilis der Lunge, der Trachea und der Bronchien. Internationale klinische Rundschau. Band I No. 5. Wien 1887.

Schirren, Dr. C. Über Lungensyphilis. Dermatologische Zeitschrift. Band I. 1893/94. pag. 221 ff.

Schnitzler, Dr. Johann. Über Lungensyphilis und ihr Verhältnis zur Lungenschwindsucht. Wiener medizinische Presse. XX. Jahrgang. 1879. No. 11—41.

Senger, Emil. Über die Beziehungen der Lungensyphilis zur Tuberculose. Inauguraldissertation. Berlin 1883.

Sokolowsky, Dr. A. Über die luetische Phthise. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1883. No. 37—39.

Strümpell, A. Specielle Pathologie und Therapie. Leipzig 1895.

Virchow, Rudolf. Über die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen. Virchows Archiv. Band XV. 1858.

Derselbe. Die krankhaften Geschwülste. Band II. Berlin (August Hirschwald) 1864—65.

Derselbe. Zur Entwicklungsgeschichte des Krebses nebst Bemerkungen über Fettbildung im tierischen Körper und pathologische Resorption. Virchows Archiv. Band I. 1847.

Wagner, E. Das Syphilom oder die constitutionell-syphilitische Neubildung. Archiv der Heilkunde. Band IV. 1863.

Weber. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1852. II.

Ziegler. Specielle pathologische Anatomie. Jena 1895.

Ziemssen. Lungentuberculose, Syphilis oder Carcinom? Berliner klinische Wochenschrift. 1887. No. 13.

I. Einleitung.

Wenn auch im Laufe der letzten Decennien eine ziemlich beträchtliche Litteratur über Lungensyphilis entstanden ist, so lassen doch unsere Kenntnisse von den pathologisch-anatomischen Verhältnissen und den klinischen Symptomen dieser Krankheit noch sehr viel zu wünschen übrig. Einen hinreichenden Beweis dafür liefert die Thatsache, dass in den meisten Hand- und Lehrbüchern die Lungensyphilis kaum dem Namen nach erwähnt wird. Ja, es giebt sogar immer noch Autoren, Pathologen und Kliniker, die eine specifische Erkrankung der Lunge infolge von Syphilis gänzlich leugnen oder wenigstens in Zweifel ziehen, andere geben wohl die Existenz einer luetischen Lungenerkrankung zu, glauben aber nicht, dass sichere Merkmale für die Diagnose derselben gefunden werden können. So äussert sich z. B. eine unserer grössten Autoritäten der inneren Medizin, Strümpell[1]), hierüber: „Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich alle diejenigen Fälle, welche man anfangs für Lungensyphilis zu halten geneigt sein konnte, schliesslich bei längerer Beobachtung oder bei der Autopsie als etwas anderes, meist als Tuberculose herausstellten. Pathologisch-anatomisch sichergestellt ist bisher nur die Syphilis der grösseren und mittleren Bronchien, bei den Sectionen kenntlich durch ausgedehnte, strahlige, zuweilen zur Stenose führende Narben in der Bronchialschleimhaut. Einzelne Gummiknoten gehören zu den grössten Seltenheiten.“ Strümpell hält es aber in praktischer Hinsicht doch für gerechtfertigt, wenn schwere, sonst nicht erklärliche Lungenerscheinungen bei einem früher syphilitisch

[1]) Specielle Pathologie und Therapie. Leipzig 1895. pag. 420.

inficierten Individuum auftreten, eine specifische Behandlung zu versuchen, aber einen Erfolg könne man nur in den allerseltensten Fällen davon erwarten.

Auch Ziegler[1]) drückt sich ähnlich zurückhaltend aus: „Gummiknoten in der Lunge Erwachsener sind zwar vielfach beschrieben worden, allein vieles ist davon sicher nicht syphilitischer Natur gewesen; sie sind ausserordentlich selten.“ „Sicher stehen viele der für syphilitisch erklärten cirrhotischen Lungenverhärtungen mit der Syphilis in keinem ursächlichen Zusammenhang, sondern haben sich aus anderen Ursachen entwickelt. Es gilt dies auch für manche als syphilitische Bildungen beschriebene pleurale und pneumonische Schwielen, sowie interlobuläre Bindegewebsverdickungen.“

Wenn unsere Kenntnisse von der Lungensyphilis noch in so bescheidenen Grenzen sich bewegen, so hat dies seinen hauptsächlichsten Grund darin, dass nicht nur die Symptome und der klinische Verlauf derselben den Erscheinungen bei anderen Lungenkrankheiten meist überaus ähnlich sind, sondern dass auch der pathologisch-anatomische Befund ein Bild liefert, das sich in den meisten Fällen nicht wesentlich von den Endproducten bei dieser oder jener anderen Erkrankung der Atmungsorgane unterscheiden lässt. Dazu kommt noch, dass die Lungensyphilis, während des Lebens erkannt und richtig behandelt, in der grössten Mehrzahl der Fälle geheilt wird, und dass es deshalb dem Kliniker nur verhältnismässig selten möglich ist, die Richtigkeit seiner Diagnose auch an den anatomischen Veränderungen zu prüfen und die Erscheinungen im Leben mit diesen zu vergleichen.

Im folgenden werde ich einen möglichst vollständigen Überblick über unsere heutigen Kenntnisse von der Lungensyphilis zu geben versuchen und dabei die verschiedenen, im einzelnen noch sehr differierenden Anschauungen der namhaftesten Autoren über die anatomische Grundlage, die klinischen Symptome und die Erkennbarkeit dieser Erkrankung in Berücksichtigung ziehen. Ich werde dabei namentlich auch einzugehen haben auf die neuerdings durch Hillers Abhandlung mehr

[1]) Specielle pathologische Anatomie. Jena 1895. pag. 708 f.

in den Vordergrund gerückte Frage, ob es eine eigentliche „Phthisis syphilitica“ giebt.

Bei der Verschiedenheit der Ansichten scheint es denn immer noch nötig, an der Hand möglichst vieler Einzelbeobachtungen die bisher gewonnenen Erfahrungen zu prüfen und zu erweitern, und es wird deshalb vielleicht nicht ganz wertlos sein, wenn ich zuletzt noch einige Fälle von Lungensyphilis veröffentliche, die an der zweiten medizinischen Klinik des hiesigen Charité-Krankenhauses in den letzten Jahren zur Beobachtung gelangten.

II. Geschichtliches.

Schon die Schriftsteller des 17. und 18. Jahrhunderts sprachen von einer „Phthisis a lue venerea“, verstanden aber meist nicht darunter eine primär sich bildende Lungensyphilis, sondern nur eine durch Lues bedingte Disposition zur gewöhnlichen Lungenphthise. Andere aber, wie z. B. Portal[1]), erhoben die syphilitische Lungenphthise zu einer Krankheit sui generis. Das höchste Interesse verdient die sorgfältige Beobachtung der älteren Forscher in dieser Richtung. Sehr genau führt uns beispielsweise schon Astruc[2]) als Symptome bei Lungensyphilis auf: 1. Dyspnoea, Asthma, Orthopnoea; 2. Tussis; 3. Haemoptoe; 4. Vomica, si qua gummata aut grandiosa tubercula in abscessum latentem tacita suppuratione abeant; 5. Phthisis und weiter die erschöpfenden und zum letalen Ausgange führenden Folgen, Herz- und Pulsschwäche, Erschöpfung.

Aber auch, was die pathologische Anatomie betrifft, hatten manche ganz scharfe Beobachtungen gemacht. Van der Kolk[3]) spricht eingehend über den anatomischen Befund bei luetischer Lungenerkrankung und so-

[1]) Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris 1809. Bd. I. p. 526 ff.

[2]) De morbis venereis. Paris 1738. p. 360.

[3]) Pathologisch-anatomische Beobachtungen. 1827. pag. 129 ff. citiert nach Lancereaux, Traité historique et pratique de la Syphilis. Paris 1873.

gar über den häufigsten Sitz derselben: „Etenim non raro in perscrutando cadavera syphiliticorum, qui dum vivebant, phthisici videbantur, inveni in pulmonibus, praecipue in medio lobo, ulcus quoddam seu pus collectum sine ullo tuberculo cingente.“

Die früheren Anschauungen über Lungensyphilis, die, wenn sie auch grossenteils richtig waren, doch einer sicheren Basis, namentlich bei dem Mangel an exacten pathologisch-anatomischen Studien noch entbehrten, wurden aber in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts und auch noch später ernstlich angezweifelt, ja sogar gänzlich verworfen. Laennec[1]) (1781—1826) vertrat energisch die Ansicht, dass allen unter dem Bilde der Lungenphthise verlaufenden Krankheitsprocessen eine einheitliche Ursache, die Lungentuberculose, zu Grunde liege. Seinem Einfluss ist es nicht zum wenigsten zuzuschreiben, dass die Lehre von der Lungensyphilis in unserer neueren Zeit nur so langsam festen Fuss fassen konnte. Damals hörte man dann lange wenig von einer Syphilis der Lungen. Mit den Fortschritten der pathologischen Anatomie aber lernte man später genauer Veränderungen kennen, die der gewöhnlichen Phthise ähnlich, aber doch wieder von ihr verschieden waren.

Dies fiel namentlich bei der Lues der Neugeborenen auf. Depaul[2]) fand bei hereditär syphilitischen Kindern Erscheinungen, die wohl sicher gummöser Natur waren. Virchow hat bekanntlich zuerst jenen merkwürdigen Zustand der „weissen Hepatisation während des Uterinlebens“ beschrieben, bei dem es sich um eine zellige Infiltration der Alveolarsepta und der Alveolarräume handelt, wobei der betreffende Lungenabschnitt luftleer und anämisch wird und durch die Compression der Gefässe, sowie auch durch entstehende Fettmetamorphose des Alveolarepithels ein weissliches Aussehen bekommt. Später nannte Weber[3]) diese Affection „die weisse Induration der Lungen“, aber, ebenso wie Virchow, ohne anfangs ihren syphilitischen Charakter zu erkennen. Erst

[1]) Traité de l'Auscultation et des maladies des poumons et du coeur. Tom. 1. 2. Paris 1826.

[2]) Gazette des hôpitaux. 1851. No. 50—51.

[3]) Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1852. II. pag. 47.

Hecker[1]) stellte ihren Zusammenhang mit der Lues mit Sicherheit fest.

Nicht lange darnach erschien dann Wagners[2]) Arbeit „Das Syphilom oder die constitutionell-syphilitische Neubildung", in der er die diffuse und die knotige Form der Lungensyphilis bereits genau unterscheidet und zugleich schon hervorhebt, dass die knotige Bildung, das „Syphilom", auch bei Erwachsenen vorkomme und hier eine so charakteristische Beschaffenheit habe, dass das bisherige Übersehen desselben nur aus der Neigung zu erklären sei, alle käsigen oder trockenen Geschwülste der Lungen für Tubercel, alle weicheren für Krebse zu halten.

Aber schon vor Wagner glaubten andere, luetische Lungenerkrankungen auch bei Erwachsenen anatomisch constatiert zu haben. So beschreibt Dittrich[3]) tiefgreifende, schiefergraue ästige Narben mit massenhaftem Callusgewebe aus dem Unterlappen einer siebenundzwanzigjährigen Syphilitischen. Er weist auch auf die Ähnlichkeit zwischen der syphilitischen Leber- und Lungenerkrankung hin und bezeichnet die unter dem Einfluss einer syphilitischen Dyskrasie entstehende Lungenentzündung als syphilitische Pneumonie. Führer[4]) fand eine eigentümliche Pneumonie, welche sich durch das gleichzeitige unterscheidbare Auftreten eines diffusen Infiltrates der Lungen und eines insulär-bronchitischen Exsudates auszeichnen soll. Ferner erzählt uns Vidal[5]), dass bei einer Fünfundvierzigjährigen, die unter der heftigsten Dyspnoe zu Grunde ging, nichts gefunden wurde, als eine bläulichgraue Induration um die Bronchialäste der Unterlappen, jedoch ohne Ulcerationsspuren.

Diese und andere ähnliche Befunde hatten dann wieder die Aufmerksamkeit der praktischen Ärzte nicht minder wie die der Kliniker und pathologischen Anatomen auf sich gelenkt. Eine feste wissenschaftliche Grundlage wurde aber unseren Kenntnissen von der Natur der sy-

[1]) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Bd. VIII. 1855. pag. 107—138.

[2]) Archiv der Heilkunde. Bd. IV. 1863.

[3]) Prager Vierteljahrschrift für practische Heilkunde. 1850. Bd. II. pag. 82.

[4]) Deutsche Klinik. 1854. pag. 272.

[5]) Vergl. Canstatts Jahresberichte für 1855. Bd. IV. pag. 313.

philitischen Processe im allgemeinen wie im speciellen von dem Wesen der luetischen Lungenaffection erst gegeben durch Virchows klassische Werke „Über die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen“ und „Die krankhaften Geschwülste“. Hier äussert sich Virchow allerdings teilweise noch sehr vorsichtig über das Vorkommen der Lungensyphilis und die Möglichkeit, sie an der Leiche zu erkennen:

„Man muss erwägen, dass die Lunge für die Erkenntnis des feineren Hergangs der meisten pathologischen Processe fast das schwierigste Organ ist, und dass bei einem Processe, der an sich so streitig ist, wie die constitutionelle Syphilis, diese Schwierigkeit noch bedeutend gesteigert wird. Es mag dies zugleich eine Entschuldigung für mich sein, wenn ich mich hier möglichst vorsichtig ausspreche.“ „So wenig ich vor der Hand ein Kriterium weiss, woran der syphilitische Charakter einer solchen Pneumonie zu erkennen sein könnte, so unsicher bin ich in Beziehung auf die käsigen und narbigen Zustände, von denen ich es für sehr möglich halte, dass ein gewisser Teil wirklich der Syphilis zugehört. Seitdem ich mich überzeugt habe, dass das Gebiet der eigentlichen Tuberculose in den Lungen sehr zu beschränken ist, und dass nicht alle schieferigen oder schwieligen Narben, nicht alle käsigen Knoten aus geheilten Tuberceln hervorgehen, finde ich die Möglichkeit einer Lungensyphilis sehr viel näher gerückt[1].“

Im Anschluss an seine exacten Ausführungen mehrten sich dann in der Folgezeit die Untersuchungen über diesen Gegenstand, und unser Wissen wurde durch eine Reihe von Arbeiten sehr erweitert, von denen wir die wichtigsten im Laufe unserer Abhandlung näher kennen lernen werden.

III. Pathologische Anatomie.

1. Die Hauptformen der Lungensyphilis und ihre Erkennbarkeit.

Nach den heutigen Anschauungen der pathologischen Anatomie tritt die Syphilis der Lunge beim Erwachsenen sowohl wie beim Neugeborenen in zweierlei Formen auf, in einer diffusen und in einer Knoten oder Gummata bildenden Form. Im Grunde genommen sind es dieselben Processe, die die Syphilis auch an anderen

[1]) Virchows Archiv. Bd. XV. pag. 312.

parenchymatösen Organen, so namentlich der Leber, hervorruft, weshalb diese Affection analog der Hepatitis syphilitica von vielen Autoren auch „Pneumonia syphilitica“ genannt wurde.

Vor allem muss betont werden, dass wie bei allen syphilitischen Processen so auch hier das Bindegewebe der Ausgangspunkt der entzündlichen Vorgänge ist, sei es der diffusen Wucherungen oder der Knotenbildungen, und dass die specifischen Gewebselemente erst secundär in den Kreis der Erkrankung gezogen werden[1]). Bindegewebswucherungen kommen in der Lunge pathologischer Weise ja häufig vor, bei sich protrahierenden croupösen Pneumonieen, bei den Staubinhalationskrankheiten, bei Erweichung tuberculöser Herde, bei frisch entstehenden tuberculösen Herden, bei Carcinom der Lunge, hämorrhagischen Infarcten, Lungenabscessen; da aber entwickeln sie sich stets erst secundär als Reaction auf vorangegangene Lungenprocesse. Eine primäre Bindegewebswucherung aber findet sich, ausser etwa bei bindegewebigen Neubildungen, nur bei der Syphilis der Lunge[2]).

Bei der diffusen Form handelt es sich um eine Hypertrophie und Hyperplasie des peribronchialen, interlobulären, interalveolären und perivasculären Bindegewebes. Dasselbe ist dabei von zahlreichen, spindelförmigen und rundlichen Zellen durchsetzt. Die stets weiter schreitenden Wucherungen tragen zur Zunahme der Lunge an Volumen und Gewicht bei. Die neugebildeten Bindegewebsmassen führen im weiteren Verlauf der Entwicklung zu Schrumpfungen und Verdichtungen des Gewebes, welches die Beschaffenheit von sehr dicken und derb sich schneidenden Schwielen und Narben annehmen und vollständig sklerotisch werden kann[3]). Durch diese narbigen Schrumpfungen kann es zu Retractionen und Einziehungen der Lungenoberfläche kommen, wodurch die Lunge ein gelapptes oder höckeriges Aussehen bekommt[4]). Stets ist auch die Gefässwand Sitz der

[1]) Vergl. Virchows Archiv. Bd. XV. pag. 321.

[2]) Vergl. Pankritius. Über Lungensyphilis. Berlin (August Hirschwald) 1881. pag. 321.

[3]) Vergl. Birch-Hirschfeld. Specielle pathologische Anatomie. 1894. pag. 542.

[4]) Hiller. Charité-Annalen 1884. pag. 187.

Wucherung, welche Adventitia und Intima verdickt und so als Arteriitis und Phlebitis obliterans zur Verengerung und Verödung zahlreicher Blutgefässe führt[1]). Einesteils durch diese Wucherungen in der Gefässwand, anderenteils durch die Compression der Gefässe und Alveolen von aussen durch das hypertrophische und hyperplastische Bindegewebe werden die befallenen Lungenteile luftleer, und es wird eine starke Anämie derselben hervorgerufen. Deshalb kommt es dann auch secundär meist zum Zerfall der Alveolarepithelien, zur Desquamation, und man sieht so in derartigen Lungenteilen die luftleeren Alveolen von Schleim und desquamierten Zellenmassen erfüllt[2]). Gleichzeitig damit soll sich an verschiedenen Stellen der Lunge, nach Pankritius am meisten in dem peripheren vorderen Teil[3]), eine Erweiterung der Bronchiolen, ein vicariierendes Emphysem entwickeln.

Um den völlig gleichen Krankheitsprocess, nur um eine Verschiedenheit der Localisation und Ausbreitung handelt es sich bei der zweiten, der gummösen Form. Hier wuchert das Bindegewebe hauptsächlich an circumscripten Stellen und es entstehen Knoten, Gummata, in allen Grössen, von miliarer[4]) bis zu Gänseeigrösse. Sie finden sich meist multipel, jedoch auch einzeln auftretend, in das Lungengewebe eingebettet. Die grösseren von ihnen stellen scharf begrenzte, vom Lungenparenchym sich deutlich absetzende, aber nicht abgekapselte, öfter mit zackigen, strahnigen Ausläufern versehene Knoten dar von derber, dichter und zäher Consistenz. Sie sind graurötlich bis braunrot, weich, homogen, saftlos oder spärlich schleimig, meist ganz trocken[5]). Häufig besitzen sie die bekannte gummiartige Beschaffenheit wie die gewöhnlichen Gummiknoten[6]). Dieses knotige Infiltrat ist weit charakteristischer als das diffuse. Es findet sich mehr bei Erwachsenen, letzteres mehr bei Neugeborenen[7]).

---

[1]) Birch-Hirschfeld pag. 542.
[2]) Schnitzler. Wiener medizinische Presse. pag. 1028.
[3]) Pankritius a. a. O. p. 29.
[4]) Birch-Hirschfeld pag. 542.
[5]) Vergl. Wagner. Archiv der Heilkunde. 1863. Bd. IV. pag. 6.
[6]) Hiller. Charité-Annalen 1884. pag. 188.
[7]) Schnitzler. Wiener medizinische Presse. pag. 1028.

Die weitere Entwicklung ist auch hier dieselbe wie bei allen Gummigeschwülsten. Es tritt fettiger Zerfall und Verkäsung in den Knoten ein, vom Centrum aus nach der Peripherie hin weiterschreitend. Sie können dann in der Zeit dieses Verfalles ganz oder teilweise resorbiert werden, oder sie brechen nach den Bronchien durch und werden expectoriert[1]). So kommt es zu Cavernenbildungen und später zu mächtigen, bindegewebigen, narbigen Schwielen.

Die beiden beschriebenen Formen kommen natürlich sehr häufig zu gleicher Zeit nebeneinander vor, sie sind wohl meist sogar in denselben Lungen vermischt zu finden.

Über den Sitz der Bindegewebswucherungen und der Knoten hat man sehr viel gestritten. Ältere Autoren, so namentlich Pankritius, glaubten, dass der mittlere Lappen, beziehungsweise die Lungenmitte die einzige Localisationsstelle der Syphilis sei. Die späteren Untersuchungen haben aber gelehrt, dass der mittlere rechte Lappen zwar am meisten befallen wird, dass die Lues aber auch in den unteren Lappen und den Spitzen sich vorfinden kann. Wir werden unten hierüber noch ausführlicher zu sprechen haben.

So genau man aber auch diese Vorgänge, die sich unter dem Einflusse der Syphilis in den Lungen abspielen, kennt, so schwer ist es im einzelnen Falle meist, mit Sicherheit diese Affectionen von anderen gewöhnlicheren Lungenkrankheiten zu unterscheiden. Die morphologischen Producte bei der diffus sich ausbreitenden Form mit secundärer Desquamation der Alveolarepithelien sind oft völlig gleich den Producten bei catarrhalischen Pneumonieen mit secundären interstitiellen Wucherungsprocessen. Virchow[2]) hat schon sehr früh (1864) bemerkt, dass specifische Unterschiede von der chronischen Pneumonie der Schleifer und Steinmetze nicht angegeben werden könnten. Auch Bildungen wie bei der gummösen Form sollen sich ohne Zeichen der Syphilis bei derartigen Handwerkern vorfinden[3]).

[1]) Schnitzler a. a. O. pag. 1029. Ausserdem Cube, Sokolowsky, Schech und andere.

[2]) Krankhafte Geschwülste II. pag. 465.

[3]) Virchow, ibidem.

Ganz zuverlässige Zeichen können auch bei der gummösen Form nicht angegeben werden, die es bei jedem verkästen Gebilde unterscheiden lassen, ob es aus einem catarrhalisch-pneumonischen, aus einem tuberculösen oder aus einem syphilitischen Processe hervorgegangen ist.

Man hat geglaubt, bei dem gleichzeitigen Vorhandensein von Lues an anderen Organen seien zweifelhafte Befunde an den Lungen wohl sicher für syphilitisch zu halten. Virchow betont dem gegenüber mit Recht[1]): „Die blosse Coincidenz mit anderen syphilitischen Producten kann hier nicht entscheiden, denn warum sollte nicht ein Syphilitischer Lungentuberculose oder käsige Pneumonie bekommen, und warum sollte nicht ein Phthisiker syphilitisch werden?“ Immerhin aber geben syphilitische Veränderungen an anderen Organen der Annahme einer Lungensyphilis natürlich stets eine gewisse Stütze und Berechtigung, und man wird, wenn dieselben fehlen, nicht so leicht eine solche als sicher erwiesen betrachten können.

Auf den Sitz der syphilitischen Processe kann, wie oben schon gesagt, auch nicht allzu grosses Gewicht gelegt werden. Doch ist zu beachten, dass die Tuberculose mit Vorliebe die Spitzen beiderseitig befällt, die Syphilis meist einseitig sich findet und besonders den mittleren Lappen bevorzugt.

Ferner geben auch Zahl, Farbe, Grösse und Consistenz nur selten zuverlässigen Aufschluss. Die gummösen Bildungen sind gewöhnlich wenig zahlreich und nehmen oft grössere Dimensionen an, als wir sie bei den tuberculösen zu finden gewohnt sind. Bezüglich der Consistenz wird vielfach hervorgehoben, dass die gummösen Massen in der Regel zäher und härter, auch bröckelnder sind, die Tuberculherde weich, confluierend.

Wichtiger erscheinen für die Unterscheidung die folgenden Momente. „Um einen bestimmten Knoten für gummös zu halten, dazu gehört ausser der Anamnese und der Coincidenz anderer analoger Producte vor allem der Nachweis einer bindegewebigen Matrix. Das

[1]) Krankhafte Geschwülste. pag. 465.

Product darf nicht frei in Alveolen, Bronchien oder Bronchiectasieen liegen, es darf also nicht catarrhalischen Ursprunges sein[1])." Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal im Gegensatz zu den catarrhalischen Formen der Lungenaffectionen ist also nach diesen Worten Virchows der Nachweis, dass die käsigen Massen im Bindegewebe entstanden sind. Dieses festzustellen ist aber bei den einzelnen Producten nicht immer leicht, da durch die Verschiedenartigkeit der Processe, durch die Wucherungen, Ulcerationen, Desquamationen und die käsige Metamorphose das Bild sehr verwischt werden kann.

Hiller[2]) weist darauf hin, dass die knotigen Bindegewebswucherungen oft jene tote gummiartige Beschaffenheit annehmen, wie wir sie auch sonst bei Gummaten zu finden pflegen, und diese eigentümliche Umwandlung zusammen mit der brüchigen, bröckelnden Consistenz des necrobiotischen Gewebes soll für die syphilitische Geschwulst etwas sehr Characteristisches haben. Doch findet sie sich leider nicht immer, oder sie ist nicht mit solcher Deutlichkeit stets ausgesprochen, die jeden Zweifel ausschliessen könnte.

Mikroskopisch ist nach Birch-Hirschfeld[3]) und anderen Wert zu legen auf den Befund der zur Obliteration führenden hyperplastischen Processe an den Blutgefässen. In negativer Richtung ist das Fehlen rundlicher, gefässloser Zellherde, wie wir sie bei den Miliartuberceln finden, von Bedeutung.

Zum Unterschiede von der Tuberculose ist weiterhin darauf zu achten, dass auch in älteren, tuberculösen Herden der Nachweis der Tuberculbacillen fast ausnahmslos gelingt[4]), dass also das negative Resultat einer derartigen Prüfung oder auch das Ausbleiben einer Infection bei der Überimpfung auf Tiere immerhin mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit Tuberculose ausschliessen lässt.

In vielen Fällen sind aber auch Syphilis und Tuberculose combiniert, und es ist dann natürlich die Schwierigkeit noch viel grösser, die einzelnen Befunde richtig zu erkennen und zu deuten.

[1]) Virchow. Krankhafte Geschwülste. pag. 465.
[2]) Charité-Annalen. 1884. pag. 188.
[3]) a. a. O. pag. 544.
[4]) Birch-Hirschfeld. pag. 543.

Ich habe so die wichtigsten Momente besprochen, die sehr häufig uns einen ziemlich sicheren Schluss gestatten, ob ein bestimmter Lungenprocess syphilitischer Natur ist oder nicht. Oft wird aber, wie schon gesagt, die sichere Entscheidung unmöglich sein.

Bei zweifelhaften Befunden haben wir noch einen sehr guten und hier auch sehr notwendigen Anhaltspunkt in der Anamnese, in der Geschichte des Krankheitsverlaufes. Deshalb hat Virchow[1]) ausdrücklich erklärt, dass hier das morphologische Moment keinen absoluten Wert habe. Nur durch seine Entwicklung und Rückbildung, durch seine Geschichte, durch sein Leben bekomme es seine Bedeutung.

Der Vollständigkeit halber will ich noch einige andere Lungenaffectionen, die die Syphilis hervorrufen kann, in Kürze anführen. Ich habe oben schon die weisse Hepatisation bei den Neugeborenen erwähnt. Sie ist nur eine Modification der diffusen, oder auch der knotigen Form, bei der es zu hochgradiger Anämie und starker Fettdegeneration der Alveolarepithelien kommt, und hierdurch erhält die Lunge ihre gelblichweisse Farbe.

Es ist ferner bekannt, dass sich bei Syphilitischen nicht gerade so selten catarrhalische Pneumonieen bilden, chronische catarrhalische Infiltrationen des Parenchyms mit oder ohne käsige Metamorphose des Infiltrates. Dieselben Erscheinungen kommen natürlich auch ohne Syphilis zu stande. Sehr viele von den Fällen, die als specifische Lungenerkrankungen beschrieben wurden, gehören sicher hierher. Es ist jedoch sehr fraglich, ob überhaupt und in wie weit man im einzelnen Falle hier von directer Lungensyphilis sprechen kann[2]).

Von Hiller wird dann noch eine eigentümliche catarrhalische Form beschrieben, die mit der weissen Hepatisation der Kinder grosse Ähnlichkeit hat, die „gelatinöse Infiltration“[3]). Laennec soll sie bereits gekannt und als Folge der Tuberculose aufgefasst

[1]) Virchows Archiv. Bd. XV. pag. 324.

[2]) Vergl. Virchow. Krankhafte Geschwülste pag. 469 f. und Hiller. Charité-Annalen 1884 pag. 277.

[3]) a. a. O. pag. 190.

haben. Der ganze Lungenlappen erscheint dabei derb und schwer, luftleer, von blasser oder graurötlicher Farbe; der Durchschnitt glänzend, fast homogen, von eigentümlicher sulziger und gelatinöser Beschaffenheit. Diese für die Affection charakteristische saftige und sulzige Consistenz soll dadurch zu stande kommen, dass als eine Folge der Blutstauung Serum aus den Gefässen tritt und den ganzen infiltrierten Lungenlappen durchtränkt. Hiller beschreibt einen von ihm selbst beobachteten Fall dieser Art ausführlich. Es handelt sich bei dieser gelatinösen Infiltration, wie aus Obigem ersichtlich, auch nur um eine besondere Modification der diffusen Form.

Kurz genannt sei noch die von Virchow beschriebene „braune Induration", die er mehrere Male bei syphilitischen Individuen gesehen hat[1]). Dabei soll sich, ohne dass ausserhalb der Lunge ein Circulationshindernis nachweisbar wäre, eine grosse Menge braunen Pigmentes in der Lunge aufhäufen, und zwar besonders in dem zelligen Inhalt der Alveolen. Ich habe sonst in der Litteratur diesen Zustand als directe Folge der Syphilis nicht wieder erwähnt gefunden.

2. Giebt es eine „syphilitische Phthise"?

Von manchen Autoren ist eine besondere Form der Lungensyphilis, die in ihrem Verlaufe den exquisit phthisischen Charakter zeigen soll, und bei der man wiederholt ulcerierende, das Lungengewebe destruierende Processe und Cavernen beobachtet zu haben glaubte, beschrieben und mit dem Namen „syphilitische Phthise" belegt worden. Ich habe seither die Frage noch nicht berührt, ob sich bei reiner Lungensyphilis auch ulcerierende Vorgänge an dem Lungengewebe abspielen können.

Am schärfsten tritt vielleicht Pankritius in seiner Monographie über Lungensyphilis für die Existenz einer eigentlichen „syphilitischen Phthise" ein, die er häufig am Lebenden beobachtet und post mortem bestätigt gefunden haben will. Er unterscheidet bei dem syphili-

[1]) Krankhafte Geschwülste pag. 470.

tischen Lungenprocesse zwei Stadien, das active, die interstitielle Pneumonie, worunter er die bindegewebigen Wucherungen versteht, und das passive oder destructive, bei dem auch die specifischen Gewebselemente befallen und zerstört werden. „Es bilden sich die verschiedenartigsten und zum Teil sich widersprechendsten morphologischen Gestaltungen der syphilitischen Pneumonie mit dem passiven, destructiven Charakter aus, um dem ganzen Organe den Stempel des Verfalles aufzudrücken.“ „Ist in dem ersten activen Stadium die Form der Lunge erhalten, so tritt in dem passiven das Gemeinsame hervor, dass die Formelemente umgewandelt oder gänzlich zerstört werden[1].“

Ebenso nimmt Sokolowsky[2]) auf Grund seiner Beobachtungen an mehreren Fällen von Lungensyphilis, bei denen sich Cavernen vorfanden, eine Phthisis syphilitica an, und auch Fournier betont ausdrücklich den häufigen ulcerativen Charakter der syphilitischen Lungenerkrankung: „Très positivement, il est une consumption pulmonaire syphilitique, il est dans l'acceptation étymologique du mot, une phthisie syphilitique, tout à fait comparable à la phthisie tuberculeuse[3]).“ „Les gommes pulmonaires provoquent autour d'elles un travail ulcératif de voisinage[4]).“

Ihnen schliessen sich noch eine ganze Reihe anderer Forscher an, wie Lancereaux, Rollet, Langerhans, Schech u. a.; ja, wohl die meisten waren in früherer Zeit der Ansicht, dass die Existenz einer syphilitischen Phthise eine wissenschaftlich fest begründete Thatsache sei.

Vor wenigen Jahren hat nun Hiller in einer ausführlicheren Abhandlung[5]) zu beweisen gesucht, dass die von so vielen Ärzten angenommene „Phthisis syphilitica“ keineswegs sicher festgestellt sei. Hiller hat so ziemlich alle bis dahin beschriebenen Fälle mit Sectionsberichten aus der Litteratur zusammengestellt. Er

[1]) Pankritius pag. 30 f.
[2]) Deutsche medizinische Wochenschrift. 1883. No. 37—39.
[3]) Annales de Dermatologie et de Syphilographie. 1878—79. pag. 121.
[4]) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1875. pag. 760.
[5]) Charité-Annalen. 1884.

giebt eine tabellarische Übersicht über dieselben und bezeichnet 29 davon als zweifelhafte und 58 als unzweifelhafte Fälle von Lungensyphilis. Dabei kommt er zu dem Schlusse, dass aus den bisher mitgeteilten Sectionsberichten die Gewissheit einer syphilitischen Phthise durchaus nicht hervorgehe.

Man habe sich hauptsächlich bei derartigen Annahmen auf gewisse klinische Symptome gestützt, welche ja wohl eine entfernte Ähnlichkeit mit denen bei Phthisis tuberculosa hätten. Um aber ulceröse Processe bei Syphilis der Lunge als sicher annehmen zu können, dazu gehöre nicht nur die physikalische Untersuchung der Brustorgane, der Nachweis der localisierten Herde, besonders in den Oberlappen, continuierliches oder remittierendes Fieber, sondern vor allem auch die genaue Untersuchung des Auswurfs, eiterige, geballte Sputa und der Nachweis von elastischen Fasern in denselben. In der ganzen Litteratur der syphilitischen Phthise sei aber auf diese Punkte keine oder viel zu wenig Rücksicht genommen. Staunen müsse man über die Leichtfertigkeit und Oberflächlichkeit, mit der die Diagnose einer so bedeutungsvollen Krankheit gestellt worden sei. Viele hätten sich gar nicht die Mühe genommen, die Brustorgane physikalisch zu untersuchen und die Ergebnisse der Percussion und Auscultation in Betracht zu ziehen; und vollends von einer genauen Beschreibung des Auswurfs, geschweige denn von einer mikroskopischen Untersuchung desselben sei nur bei wenigen etwas zu lesen. Vor allem aber habe nie die Section eine syphilitische Phthise bestätigt. Bei allen zur Section gekommenen Fällen von Lungensyphilis seien fast ausnahmslos andere Veränderungen gefunden worden als bei Phthisis tuberculosa, und deshalb sei hier in den Sectionsprotokollen auch fast nie mehr von „Phthise" die Rede, sondern nur noch von „Lungensyphilis".

Man muss in der That nun sagen, dass die bis dahin von den Meisten angenommene Lehre von einer syphilitischen Phthise durch Hillers Arbeit einen bedeutenden Stoss erlitten hat. Es ist aber doch sehr fraglich, ja sogar wenig wahrscheinlich, ob ulceröse Processe bei der Lungensyphilis stets fehlen. Es liegt eben eine sehr grosse Schwierigkeit darin, diese Frage zu entscheiden. Bei den Fällen, wo sich bei der Section ulceröse Stellen oder Cavernen vorfinden, ist man oft wieder mehr geneigt, an eine complicierende Tuberculose zu denken und sie als zweifelhaft bei der Beurteilung auszuschliessen.

Aber es giebt in der Litteratur doch unserer Meinung nach manche Angaben, die es sogar ziemlich wahrscheinlich machen, dass bei Lungensyphilis auch

Ulcerationsprocesse gerade wie bei der Tuberculose vorkommen können. Allerdings dürften sie bei weitem nicht mit der Intensität auftreten wie bei der gewöhnlichen Phthise.

Ich habe oben schon eine Anzahl von Autoren genannt, die sehr für das Vorkommen der syphilitischen Phthise eintreten und auch zum Belege Krankengeschichten und Sectionsprotokolle anführen. Hiller glaubt zwar, dass bei manchen dieser Sectionsergebnisse, wo sich bei sicherer reiner Lungensyphilis Cavernen zeigten, es sich wohl nur um Bronchiectasieen gehandelt habe, denn diese treffe man in den Lungen Syphilitischer sehr häufig und es liege deshalb eine Verwechslung mit ulcerösen Cavernen nahe[1]). Sollen wir aber denn wirklich annehmen dürfen, dass Leute wie Fournier, Lancereaux, Sokolowsky, die in ihren Sectionsberichten von ulcerösen Höhlen reden, Bronchiectasieen stets nicht von ulcerösen Cavernen haben unterscheiden können?

Doch auch sonst finden sich noch einige sehr genaue Beobachtungen am Krankenbett und am Seciertische in der einschlägigen Litteratur verzeichnet, die das Vorkommen von ulcerativen Vorgängen bei Lungensyphilis zu beweisen scheinen.

Zunächst will ich hier auf den Fall zu sprechen kommen, den Cube in Virchows Archiv[2]) sorgfältigst beschreibt und den auch Hiller ziemlich flüchtig erwähnt[3]). Derselbe ist von Cube und Siegmund in Wien als unzweifelhafte Lungensyphilis erkannt worden und unter der zweckentsprechenden Therapie in wenigen Monaten in vollständige Genesung übergegangen.

Wenn auch die Behauptung Hillers, dass wir so gut wie nie Eingehenderes über die Beschaffenheit des Sputums bei den seither beschriebenen Fällen hören, im allgemeinen zutreffend ist, so wird uns aber hier sowohl von dem Aussehen des Sputums und der von dem Patienten wiederholt expectorierten Massen als auch von dem mikroskopischen Bilde derselben eine sehr genaue Beschreibung gegeben.

[1]) a. a. O. pag. 192.
[2]) Band 82. pag. 516 ff.
[3]) a. a. O. pag. 210.

„Patient klagt über quälenden Husten; mit grosser Anstrengung werden nur wenige gelblichweisse, zähe Sputa entleert, die unter dem Mikroskope neben Schleim- und Eiterkörperchen Lungenepithel in verschiedenen Stufen der fettigen und myelinen Degeneration und einzelne kleine abgebrochene elastische Fasern zeigen[1])." „Frisch zerzupfte Präparate der ausgehusteten Massen liessen unter dem Mikroskope Detritus, Schleim- und Eiterkörperchen, Faserstoff, faseriges Gewebe, Pigmentkörnerzellen und an einzelnen Stellen elastische Fasern in grosser Menge und meist bestimmter Anordnung erkennen. Nur selten deutlich charakteristisches Lungengewebe; wo es sich findet, ist dasselbe mehr oder minder deutlich pigmentiert und daran sowohl, wie an den elastischen Faserzügen, die manchmal deutliche Alveolarhöhlen begrenzen, kenntlich. Viele der Alveolen scheinen unter dem Druck des zellig oder sonst veränderten Zwischengewebes zu Grunde gegangen, die noch erhaltenen meist kleiner als normal und zwar, wie sich sofort herausstellt, auf Kosten der Vorgänge im interalveolären Gewebe. Wo sie vorhanden, sind sie auch nicht mit Luft gefüllt, sondern compact durch Ausfüllung mit epitheloiden Zellen, die vergrössert, oft auch mit vergrössertem Kerne versehen erscheinen. An anderen Stellen zeigt sich der Inhalt der Alveolen als eine durch Zerfall oder Degeneration veränderte, zusammengesinterte, mehr oder minder formlose, kernuntermischte Masse[2])."

Cube meint, dass man einen derartigen Befund nur auf syphilitische Gummatabildung beziehen könne. Allerdings ist auch dieser Fall von sehr zweifelsüchtigen Kritikern beanstandet und als nicht ganz sicher hingestellt worden. Man bestritt die Möglichkeit, dass man einer solchen ausgehusteten, ausser Zusammenhang gebrachten Masse ansehen könne, ob dieselbe syphilitischer Herkunft sei, und vielleicht ist dieser Einwand nicht so ganz unberechtigt. Ich werde später noch auf diesen Punkt näher einzugehen haben. Ich glaube aber, wenn man noch die anderen objectiven Symptome an den Respirationsorganen und dem gesamten Organismus in der von Cube uns wiedergegebenen Krankengeschichte berücksichtigt, dann kann man an der Richtigkeit der Diagnose kaum zweifeln, zumal da der Verlauf der Krankheit von zwei Fachmännern beobachtet und alle Eventualitäten dabei in Erwägung gezogen sind. So scheint also hier doch eine reine Lungensyphilis vorzuliegen, bei der es sich um die Expectoration von elastischen

[1]) a. a. O. pag. 520.
[2]) a. a. O. p. 520.

Fasern, also um die directe Zerstörung von Lungengewebe gehandelt hat.

Zwei andere Fälle ähnlicher Art, die Schech im deutschen Archiv für klinische Medizin[1]) veröffentlichte, scheinen Hiller entgangen zu sein. Bei beiden wurde Lungengewebe wiederholt und längere Zeit hindurch ausgehustet. Bei dem ersten fanden sich, neben einer Menge sicherer Zeichen von constitutioneller Syphilis, an der Lunge eine ziemlich intensive Dämpfung links hinten neben der Wirbelsäule von der fünften Rippe an bis zur achten mit Bronchialatmen und grossblasigem Rasseln und verstärktem Stimmfremitus; auch rechts hinten eine viel geringere Dämpfung in fast gleicher Höhe. Die Spitzen waren frei. Der Patient hatte seit längerer Zeit Husten, Schweisse, Atemnot und Erstickungsanfälle. Der äusserst copiöse Auswurf betrug fast einen Liter täglich. Wiederholt wurden grauschwarze Gewebsfetzen expectoriert. Schech beschreibt ein von ihm selbst untersuchtes Stück sehr genau:

„Mit unbewaffnetem Auge betrachtet, stellt dasselbe ein membranartiges Gebilde von 3 cm Länge und 2—4 mm Breite vor. Als Bestandteile ergaben sich bei der mikroskopischen Untersuchung Bindegewebsfasern von sehr verschiedener Dicke und Länge, teils parallel, teils kreuzweise angeordnet, ferner bald regellos zerstreute, bald kreisförmig verlaufende elastische Fasern, in deren Centrum und Peripherie teils kleine, in Fettdegeneration begriffene Rundzellen, teils grössere pigmentierte, fettig degenerierte Alveolarepithelien, feinkörniger Detritus und Reste von roten Blutkörperchen sich vorfanden[2]).“

Die Sache endete mit vollständiger Heilung des Patienten.

Es liegt hier offenbar ein Fall von reiner Lungensyphilis vor. Eine Tuberculose, die wohl allein noch in Betracht kommen könnte, hätte wohl sicher die Spitzen nicht freigelassen und hätte auch bei solcher Ausdehnung über beide Lungen rasch ad exitum geführt. Man könnte höchstens noch daran denken, was bei solchen Fällen nur schwer so ganz auszuschliessen ist, dass zu der Lungensyphilis sich eine Tuberculose gesellt und jene ulcerativen Processe hervorgerufen habe. Aber nach dem ganzen Verlaufe ist das hier sehr unwahrscheinlich.

[1]) Bd. XXXI. 1882.
[2]) a. a. O. pag. 411.

Eine so ausgedehnte Lues, compliciert durch Tuberculose, wäre auch so leicht nicht zur vollständigen Ausheilung gekommen.

Bei dem zweiten Falle waren keine Verdichtungserscheinungen über der Lunge nachweisbar; es bestand jedoch ein über sämtliche Lappen der rechten Lunge verbreiteter Katarrh, Husten, Kurzatmigkeit, Dyspnoe, Schweisse. Die Infection hatte vor elf Jahren stattgefunden, Zeichen primärer, secundärer und tertiärer Syphilis waren schon vorausgegangen. Wiederholt expectorierte der Patient kleine, rundliche, sich derb anfühlende Fleischwärzchen, welchen meist etwas Blut anhaftete.

„In dem ziemlich spärlichen weissen und schleimigen Auswurf bemerkte ich einen kleinen compacten Körper, eines der oben erwähnten Fleischwärzchen, das sofort der mikroskopischen Untersuchung unterworfen wurde. Es bestand aus parallel verlaufenden und sich kreuzenden Bindegewebsfasern mit rundlichen und spindelförmigen Zellen mit grossen Kernen, elastischen Fasern, feinkörnigem Detritus und mehreren teils erhaltenen Lungenalveolen, deren Endothelien entweder keine oder nur sehr unbedeutende Veränderungen, Fett- und Myelindegeneration erkennen liessen."

Bei specifischer Behandlung besserte sich der Patient sehr rasch wesentlich, und wie uns der Verfasser einige Jahre darauf mitteilt[1]), lebte er da noch und erfreute sich trotz der früheren Expectorationen von Lungengewebe völligen Wohlbefindens.

Dies sind ja allerdings nun nur klinisch beobachtete Fälle, die anatomisch nicht bestätigt sind. Schech veröffentlicht aber auch später[2]) das Sectionsprotokoll von einem an sicher constatierter Lungensyphilis gestorbenen Individuum, bei dem man auch die Producte von ulcerierenden und destruierenden Processen in den Lungen gefunden hat. Ich will das wichtigste aus demselben hier anführen.

In der Trachea und den Bronchien fanden sich zahlreiche syphilitische Ulcerationen. Die Geschwüre setzten sich von den Hauptbronchien teilweise in die Bronchien der Lungenlappen fort. „Beide Lungen an den Spitzen adhärent, die linke weniger als die rechte, in beiden oberen Lungenlappen eine grosse Anzahl

[1]) Klinische Rundschau. Bd. I. 1887. No. 5.
[2]) Ibidem.

von derb sich anfühlenden Stellen, über welche die Pleura milchartig getrübt oder schwartig verdickt und dann gleichzeitig eingezogen erscheint. Auf dem Durchschnitte erscheinen die harten luftleeren Stellen, welche zwischen solche von normalem Gewebe eingestreut sind, teils gelbweiss, teils schiefrig grau; sowohl in ihrem Innern als auch an der Peripherie sich gegen das gesunde Gewebe verlierend, finden sich breite, teils weisse, teils dunkel pigmentierte Streifen, Verdickungen des interlobulären und interalveolären Bindegewebes. In der rechten Lungenspitze eine walnussgrosse, mit unebenen zerfetzten Wandungen versehene und mit käsigem, blutingiertem Inhalt, elastischen Fasern und grossen rhomboiden Cholestearinkristallen ausgefüllte Caverne, in welche ein ziemlich starker Bronchus mündet. Daneben ebenso wie in der linken Lungenspitze zerstreute, mehrfache stecknadelkopfgrosse bis erbsengrosse Höhlen mit käsigem Inhalt. In der linken Lungenspitze zwei erbsengrosse bronchiectatische Ausbuchtungen, um welche herum das Gewebe luftleer erscheint. Die mikroskopische Untersuchung der luftleeren Stellen ergiebt sehr beträchtliche Wucherung des interlobulären und interalveolären Bindegewebes, mit kleinzelliger Infiltration der Alveolen. Die unteren Lungenränder gebläht, die übrigen Teile der Lunge vollständig normal. Herzbeutel durch gelblich seröses Fluidum ausgedehnt." Sonst zeigten sich ausser einer vergrösserten Milz und einer derb sich anfühlenden Leber keine auffälligen Veränderungen.

Wie Schech in der beigegebenen Epikrise nochmals hervorhebt, lag für die Annahme einer Tuberculose hier kein Anhaltspunkt vor; „keinerlei Tuberceldepôts waren nachweisbar". Eine Fremdkörperpneumonie mit folgendem käsigen Zerfall sei auch nicht gut annehmbar, da diese fast stets im mittleren und unteren Lappen sich fänden. Ich glaube, nach dem ganzen Befund muss man zugeben, dass wir es auch hier sehr wahrscheinlich mit einer reinen luetischen Lungenaffection, verbunden mit destruierenden Vorgängen, zu thun haben.

Mit diesem Material ist natürlich noch nicht der sichere Beweis erbracht, dass es wirklich eine syphilitische Phthise giebt. Denn mit einigen wenigen krankengeschichtlichen oder Sectionsergebnissen lässt sich, wenn dieselben auch auf noch so sorgfältige Beobachtungen sich gründen, doch eine so schwierig zu lösende Frage noch nicht mit Gewissheit entscheiden, zumal da auch hier bei den einzelnen Fällen, namentlich bei dem letzten Sectionsbefund, immer wieder auch das Bedenken nicht ganz zurückgedrängt werden kann, ob nicht vielleicht doch eine complicierende Tuberculose dabei im Spiele gewesen sein könnte.

Die Sache ist noch nicht ganz spruchreif. Aber das kann man wohl sagen, dass es nicht so unwahrscheinlich ist, dass Ulcerationsvorgänge mit Zerstörung von Lungengewebe bei reiner uncomplicierter Lungensyphilis auch vorkommen. Sie scheinen aber nicht sehr häufig dabei zu sein, und auch nicht so intensiv und so rasch progredient wie bei der tuberculösen Phthise.

Ich bin hier so ausführlich auf diese Frage eingegangen, weil ihre Lösung von der höchsten Bedeutung ist. Auf den ersten Blick hin könnte man ja meinen, dass sie ein mehr rein wissenschaftliches als practisches Interesse habe. Denn ob nun durch die Bindegewebswucherungen die Lunge in stets grösser werdendem Umfange comprimiert und luftleer, also für den Organismus unbrauchbar wird, oder ob das Lungengewebe dabei durch Ulceration zu Grunde geht, ähnlich wie bei der Tuberculose, das ist in dem Effect keine so sehr verschiedene Sache. Die Entscheidung ist aber auch in practischer Hinsicht von grösster Wichtigkeit. Denn wenn es eine syphilitische Phthise giebt mit Zerstörung von Lungengewebe und Expectoration von Sputis, die elastische Fasern enthalten, wie bei der echten Tuberculose, dann ist es notwendig, alle Phthisiker sorgfältigst auf syphilitische Symptome hin zu untersuchen und in auch nur im geringsten zweifelhaften Fällen eine antiluetische Therapie versuchsweise einzuschlagen. Dass fernerhin mit der Feststellung dieser Verhältnisse weitere Gesichtspunkte für die Sicherung der Diagnose gewonnen werden können, das bedarf wohl keiner besonderen Ausführung. Schech betont ja zwar jetzt schon[1]), dass die Aushustung lungengewebehaltiger Sputa diagnostisch eine äusserst wichtige Erscheinung sei bei der Lungensyphilis. Wie weit dies zutreffend ist, ob sich überhaupt häufig bei der Lues der Lunge solche Ulcerationsprocesse finden, und in wie fern diese Dinge in den einzelnen Fällen noch für die Diagnose verwertet werden können, das sind Fragen, die durch weitere exacte Beobachtungen erst endgültig zu lösen sind.

[1]) Klinische Rundschau. 1887. No. 5.

IV. Klinisches.

1. Ätiologie, Pathogenese und Symptomatologie.

Wenn schon die Erkenntnis der Lungensyphilis am Seciertische nicht leicht ist, so unterliegt sie am Lebenden oft noch erheblicheren Schwierigkeiten, und es ist häufig auch hier kaum möglich, zwischen einer luetischen Lungenaffection, alten pneumonischen Herden, chronischen Lungenkatarrhen, Neoplasmen und Tuberculose zu unterscheiden.

Bezüglich der congenitalen Lungensyphilis, der weissen Hepatisation, sei hier nur kurz bemerkt, dass die damit behafteten Kinder entweder schon vor der Geburt oder wenige Tage nachher sterben, da durch die starke Infiltration des Lungengewebes und den fettigen Zerfall des Alveolarepithels die Atmung in hohem Grade gestört wird.

Die Lungensyphilis wird von fast allen Autoren zu den Späterscheinungen der Lues gerechnet. Sie tritt meist zwei bis fünf Jahre nach der erfolgten Infection auf, ist aber auch zehn bis zwanzig Jahre nach derselben wiederholt beobachtet worden[1]). Diese Annahmen werden jedoch nicht von Allen geteilt. Pankritius will sie in das Frühstadium verlegen[2]) und behauptet, dass er sie oft während der Zeit der Hautexantheme, ja sogar einmal schon vor Ausbruch derselben habe eintreten sehen. Der Ansicht von Schnitzler, dass es sich bei den so früh aufgetretenen Lungenaffectionen bei Pankritius wohl um katarrhalische Pneumonieen nur gehandelt habe, kann man nicht gut zustimmen, da häufiger gar keine oder nur wenig Secretion und oft keine katarrhalischen Geräusche bei denselben vorhanden waren. Gerade Pankritius will ja in der grössten Mehrzahl seiner Fälle im Anfang weder Husten, noch Auswurf, noch Fieber gesehen haben[3]) Jedoch finden sich in der Monographie von Pankritius eine Menge von Fehlern, Ungenauigkeiten,

[1]) Vergl. Schnitzler a. a. O. pag. 1081.
[2]) a. a. O. pag. 20.
[3]) a. a. O. pag. 52. Vergl. namentlich Fall A. 15. pag. 112.

mangelhaften Beobachtungen, zu wenig fundierten Schlüssen, und man darf ihm deshalb, wenn er auch mit ziemlich umfangreichem Material arbeitet, doch nicht in allen Punkten volles Vertrauen entgegenbringen. Namentlich aber kann man, was die Zeit des Auftretens der Lungensyphilis betrifft, seinen Anschauungen nicht allzu viel Wert beilegen, da er auch die Ulcera mollia als Affectionen von specifischer Natur bezeichnet und thatsächlich in 43 Procent seiner Krankengeschichten das Auftreten der Lues der Lungen darnach gesehen haben will[1]).

Allerdings berichten uns auch Frank[2]) und Schiren[3]) von Patienten, bei denen wenige Monate nach der Infection, also als Secundärerscheinung, gummöse Infiltration der Lunge sich zeigte. Wie dem nun auch sein mag, in der Regel entwickelt sich jedenfalls die Lungensyphilis erst im späteren Stadium der Lues analog den cirrhotischen Vorgängen an der Leber, mit denen sie auch anatomisch übereinstimmt.

Die ersten subjectiven Symptome, die bei der Lungensyphilis auftreten, sind meistens die Symptome von Katarrhen des Larynx, der Trachea und der Bronchien, die in der Regel die Krankheit zu begleiten pflegen. Die Patienten sind gewöhnlich heiser, haben Kitzeln im Halse, Schmerzen auf der Brust. Dabei besteht anfangs spärlicher schleimiger, später reichlicherer und eiteriger Auswurf, entsprechend der Intensität der Katarrhe. Zuweilen ist auch Hämoptoe und die Expectoration von Gewebsstücken beobachtet worden. Husten und Auswurf können aber beide unter Umständen auch gänzlich fehlen. Bald treten auch Atembeschwerden ein, die unter Steigerung der anderen Symptome sich stets verschlimmern bis zur Dyspnoe und den heftigsten asthmatischen Anfällen. Die stets zunehmende Atemnot wird hervorgerufen einmal durch die Wucherungen des Bindegewebes, die zur Compression von Bronchien und Lungenalveolen, sowie zur völligen Verödung derselben und so zu einer Verminderung der Respirationsoberfläche führen, dann auch durch die katarrhalischen und entzündlichen

[1]) pag. 18.
[2]) Wiener medizinische Presse. Bd. XXI. 1880. No. 38.
[3]) Dermatologische Zeitschrift. Bd. I. 1893—94.

Processe und die durch diese hervorgerufenen Schwellungen in den respiratorischen Organen. Diese Thatsachen erklären die hochgradige Dyspnoe vollständig, und es ist deshalb wohl durchaus nicht nötig, die etwas gewaltsam construierte Hypothese von Pankritius anzunehmen, dass es sich dabei wohl um eine Lähmung der Nervi vagi durch die Compression des wuchernden und sklerosierenden Bindegewebes handeln müsse[1]).

Über den befallenen Lungenteilen, am häufigsten über der rechten Lungenmitte, findet man relative oder auch absolute Dämpfung und vermindertes Atmungsgeräusch, auch öfter Bronchialatmen und fast stets gross-, mittel- oder kleinblasige Rasselgeräusche. Auch amphorisches Atmen kann man hören und metallisches Klingen über grossen Bronchiectasieen oder eventuell auch über eigentlichen Cavernen. Der Stimmfremitus fehlt oder ist abgeschwächt, selten verstärkt.

Das Fieber spielt bei Lungensyphilis eine ziemlich untergeordnete Rolle. Es fehlt anfangs meist ganz oder wird nur durch Complicationen hervorgerufen, später aber stellt sich öfter auch Fieberbewegung ein von meist remittierendem oder intermittierendem Character, aber wie es scheint, nur bei heftigerem Fortschreiten der Erkrankung. Auch nächtliche Schweisse hat man beobachtet, sie sind jedoch verhältnismässig selten und treten nur spärlich auf.

Der Verlauf ist im allgemeinen ein ziemlich protrahierter. Die Localaffection bleibt gewöhnlich auf eine Lunge, meist sogar nur auf einen Teil derselben beschränkt und schreitet nur ganz allmählich vorwärts, und trotz der zeitweilig sehr gesteigerten Atemnot und des öfter auftretenden Fiebers zeigen die Patienten nur langsam sich steigernde Kräfteabnahme. Nach mehrjähriger Dauer des Processes kommt es, wenn keine geeignete Therapie eingeleitet wird, zum Exitus letalis, in der Mehrzahl der Fälle wohl nicht allein und direct durch die luetische Affection, sondern durch secundäre Complicationen, Pneumonieen, Lungenabscess, Lungengangrän, namentlich aber Lungentuberculose.

Dies sind in Kürze die wichtigsten Merkmale, unter

[1]) a. a. O. pag. 54.

denen die Lungensyphilis in der Regel aufzutreten pflegt. Sie kehren aber keineswegs alle bei jedem Falle wieder, vielmehr kann wohl jedes einzelne derselben auch nicht vorhanden sein, ja sogar mehrere können fehlen, und dann ist das Bild der Krankheit natürlich oft sehr unklar, in vielen Fällen ganz unerkennbar.

2. Diagnose.

Die Erscheinungen, unter denen die Lungensyphilis verläuft, haben, wie aus den obigen Erörterungen erhellt, im einzelnen sicher nichts direct Characteristisches. Allein sie verraten in ihrer Gesamtheit doch dem aufmerksamen Beobachter oft die Natur des Leidens durch ihre Gruppierung und ihre Intensität, und die Diagnose ist deshalb doch häufig nicht so schwer, wie es auf den ersten Blick hin scheinen könnte.

Schon die Anamnese und die Betrachtung der allgemeinen Körperverhältnisse können mancherlei Anhaltspunkte für die Diagnose einer Lungensyphilis geben. Bei jener handelt es sich darum, neben dem Geständnis der Infection auch die Zeit, die seitdem verflossen ist, zu eruieren und zu sehen, ob eine specifische Lungenaffection, die ja gewöhnlich, wie oben bemerkt, zu den Späterscheinungen der Syphilis zu rechnen ist, damit in Einklang gebracht werden kann. Eine kräftige Körperconstitution, namentlich ein gut gebauter Thorax, wird ferner eine in Frage kommende Tuberculose, die ja meist in der Differentialdiagnose mit der Lungensyphilis concurriert, weniger wahrscheinlich machen, und ein sehr schwächliches Individuum wird andererseits unter der schädigenden Wirkung des syphilitischen Virus viel öfter schon früher eine tuberculöse Lungenschwindsucht acquirieren, ehe es zur Entwicklung dieser späteren syphilitischen Erscheinungen kommt.

Manche glaubten, das Fehlen des Hustens und des Auswurfs sei ein gutes Diagnosticon gegenüber der Lungentuberculose, und es scheint dies in der That von nicht zu geringer Bedeutung zu sein. Allerdings ist zu bemerken, dass Husten und Auswurf nicht so häufig fehlen bei Lungensyphilis; sie sind meist vorhanden, wie ich oben schon erwähnt habe.

Die Sputa unterscheiden sich makroskopisch oft schon etwas von dem Auswurf eines gewöhnlichen Phthisikers, indem man bei ihnen meistens die bekannte Münzen- oder Ballenform der Phthisiker vermisst. Hämoptoe ist bei Syphilis seltener als bei Tuberculose[1]).

Mehr Anhaltspunkte aber liefert die mikroskopische Untersuchung des Sputums. Hier haben wir in dem Fehlen der Tuberculbacillen, eventuell in dem negativen Resultat bei der Überimpfung auf Tiere eine sehr wichtige Stütze für die Diagnose einer Lues der Lungen und den Ausschluss der Tuberculose. Absolut beweisend gegen die letztere ist dieses Moment ja nicht; aber wenn wir eine grössere Anzahl von Untersuchungen machen, so wächst stets die Wahrscheinlichkeit für die Richtigkeit unserer Annahme. Dass im vorgerückteren Stadium eventuell auch die Untersuchung des Sputums auf elastische Fasern noch von einiger Bedeutung für die Erkennung der Lungensyphilis werden kann, habe ich oben, wo ich von der syphilitischen Phthise sprach, bereits angedeutet. Ich verweise hier nochmals auf die dortigen klinischen Erörterungen über diese Frage, die sich des Zusammenhanges halber nicht gut von den anatomischen trennen lassen.

Expectorierte Massen bei der Gummata bildenden Form der Lungensyphilis bieten in diagnostischer Hinsicht grosses Interesse dar. Auch hiervon habe ich schon bei der Wiedergabe von Cubes Fall Erwähnung gethan. Cube giebt sehr viel auf die Mikroskopierung der ausgehusteten Gewebsstücke und meint[2]), dass der „durch kleinzellige Neubildung ausgezeichnete interstitielle Befund" jeden Zweifel über seine Natur ausschliesse und sich deutlich als gummöse Neubildung documentiere. Sonst bei anderen Lungenprocessen, bei Brand, käsiger, nekrotisierender Pneumonie u. a. kämen ja in seltenen Fällen auch Gewebsablösungen und Ausstossungen derselben durch benachbarte Bronchien vor, aber diese zeigten dann in allem das getreue Bild des in ihnen vorhandenen und meist auch ihre Ausstossung veran-

[1]) Schnitzler. Wiener medizinische Presse. 1879. pag. 1115.
[2]) Virchows Archiv. Bd. 82. pag. 527.

lassenden käsigen oder brandigen Processes. In dem von ihm beobachteten Falle habe der Patient aber gut erhaltenes, stellenweise noch wenig verändertes Gewebe ausgehustet, das den Eindruck einer Neubildung schon bei der makroskopischen Betrachtung gemacht und den in ihm stattgehabten Process oft noch in allen Einzelheiten zu erkennen gegeben habe. Dieses lasse sich bei gründlicher kritischer Überlegung durch Ausschluss aller sonst in den Lungen bekannter Processe nur als Syphilis und zwar als syphilitische Gummabildung in teils käsigem, teils interstitiell sonst entzündlich verändertem Lungengewebe deuten.

In neuerer Zeit hat nun auch Schech wieder die Möglichkeit betont[1]), dass man auch am Seciertische ein nicht ganz zerfallenes Gumma von anderen Processen, insbesondere von einem tuberculösen Herde, unterscheiden könne und deshalb kein Grund vorhanden sei, weshalb dies nicht auch unter Umständen bei einem expectorierten Teile einer solchen Neubildung gelingen sollte. Sonst aber hat man diesen Dingen seither nicht so viel Gewicht beigelegt und Cubes Ansichten wenig beigestimmt, indem man es als ausgeschlossen betrachtete, dass man aus diesen ausgehusteten zerfetzten Partikelchen den ursprünglichen Krankheitsherd erkennen könnte. Eine endgültige Lösung kann auch hier nur durch weitere Untersuchungen erbracht werden.

Rollet[2]) und Fournier[3]) machen darauf aufmerksam, dass manchmal auch die Form der Dämpfung, die Dämpfungsfigur, für das Vorhandensein eines luetischen Herdes spräche. Doch fast stets werden wohl die umliegenden Lungenteile auch infiltriert sein und man kann dann nicht die circumscripten Knoten herauspercutieren. In einzelnen Fällen mag aber auch der Nachweis einer kleinen, eng umgrenzten Erkrankungsstelle eine gewisse Bedeutung haben.

Nach der Übereinstimmung fast aller Autoren ist der häufigste Sitz der Lungensyphilis der mittlere rechte

[1]) Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd. XXXI. 1882. pag. 417.

[2]) Wiener medizinische Presse. 1875. No. 47.

[3]) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1875. No. 48—50.

Lappen, und, es ist dies wiederholt als nicht zu unterschätzendes diagnostisches Merkmal hervorgehoben worden. Einige, wie Grandidier[1]) und Pankritius[2]), halten sogar den mittleren Lappen, beziehungsweise die Lungenmitte für die einzige Localisationsstelle der syphilitischen Affection, und Grandidier glaubt bei Dämpfung über derselben und gleichzeitigem Freibleiben der Spitzen auch ohne anderweitige bestimmende Zeichen auf Lungensyphilis schliessen zu können. Dies trifft nun durchaus nicht ganz zu; man hat wiederholt auch die unteren Lappen und auch die Spitzen ergriffen gesehen. Wenn nun aber neuerdings manche[3]) aus der jetzt ziemlich allgemein anerkannten Thatsache, dass die Syphilis alle Teile der Lungen befallen kann, den Schluss ziehen, dass es unmöglich sei, den Sitz der Affection zur Differentialdiagnose zu verwerten, so verfallen sie in das andere ebenso unrichtige Extrem. In Wahrheit kann der Nachweis der Dämpfung über dem mittleren Lappen bei Freisein der Spitzen zur Sicherung der Diagnose, namentlich im Gegensatz zur Tuberculose, die sich fast stets zuerst in den Spitzen etabliert, sehr wohl herangezogen werden. In practischer Hinsicht aber muss man sich stets vor Augen halten, dass auch die Prädilectionsstellen der Tuberculose, die Lungenspitzen, schon häufig specifisch erkrankt gefunden worden sind, da man sonst gar leicht einen derartigen Zustand übersehen und ihn für tuberculöse Phthise halten könnte.

Das prävalierende Vorkommen der Syphilis im mittleren rechten Lappen sucht Pankritius[4]) damit zu erklären, dass sich hier am Hilus das massenreichste Bindegewebe befinde, und dass deshalb die Wucherungen, ebenso wie bei der Syphilis der Leber von der Glissonschen Kapsel, so auch hier von der Eintrittsstelle der bindegewebigen Züge aus ihren Anfang nähmen. Die rechte Lunge sei dabei bevorzugt, weil sie räumlich grösser und schwerer sei als die linke und auch noch reichlicheres Bindegewebe besitze als diese.

[1]) Berliner klinische Wochenschrift. 1875. No. 15.
[2]) a. a. O.
[3]) So z. B. Schech. Klinische Rundschau. 1887. No. 5.
[4]) a. a. O. pag. 56 f.

Wir haben oben gesehen, dass namentlich beim vorgeschritteneren Stadium der Lungensyphilis das Fieber verhältnismässig selten fehlt. Wenn es aber einmal fehlt, so spricht dieser Umstand sehr für eine luetische Affection. Denn bei den beiden, hauptsächlich diagnostisch noch in Betracht kommenden Krankheiten, bei der vorgerückten Tuberculose und bei catarrhalischer Pneumonie von so ausgedehnter Art stellen sich doch fast stets Fieberbewegungen ein.

Man hat aber auch gedacht, der Typus des Fiebers sei bei constitutioneller Syphilis ein ziemlich characteristischer. „Bei gewissen Formen von Lues ist Fieber häufiger, als man gemeinhin glaubt, und dieses Fieber ist nicht ohne Eigentümlichkeit, ja zuweilen so characteristisch gestaltet, dass es nicht zu schwierig ist, aus dem Gang der Temperatur allein schon die luetische Natur der Erkrankung wenigstens zu vermuten. Der Gang der Temperatur ist ein ausgezeichnet remittierender (pseudointermittierender) mit täglichem Rückgang der Eigenwärme bis zur Norm oder doch bis nahe zu derselben." So äussert sich Wunderlich[1]). Ganz ähnlich Bäumler[2]): „Der intermittierende oder, besser gesagt, stark remittierende Typus ist es gerade, der in manchen Fällen einen sehr wertvollen Anhaltspunkt für die Diagnose zu geben vermag." Ihre Auseinandersetzungen sind später wohl nur wenig weiter verfolgt worden. Es scheint auch allerdings sehr zweifelhaft, ob ein sicherer Unterschied zwischen den ebenfalls remittierenden Fieberbewegungen bei Tuberculose und denen bei Lues gefunden werden kann.

Viel wichtiger für die Diagnose dürfte die günstige Einwirkung des Jodkalium auf das syphilitische Fieber sein, das unter dieser Therapie häufig sofort stark zurückgeht, oft auch in wenigen Tagen ganz zum Schwinden gebracht wird[3]).

Ferner unterscheiden sich Lungensyphilis und Lungentuberculose oft nicht unwesentlich von einander durch

[1]) Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. II. Aufl. Leipzig 1870. pag. 378.

[2]) Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd. IX. 1872. pag. 401.

[3]) Vergl. Bäumler. Ibidem. pag. 429.

die Verschiedenheit im Verlaufe. Bei ersterer wird der Gesamtorganismus lange Zeit nicht so sehr ergriffen und der Kräftezustand nicht so rasch erschüttert als bei der tuberculösen Phthise.

Ungemein wichtig ist weiterhin das gleichzeitige Vorhandensein syphilitischer Veränderungen an anderen Körperteilen, insbesondere am Kehlkopf, der Luftröhre und den Bronchien. Schnitzler hat das Verdienst, auf die meistens zu findende Coincidenz mit Kehlkopfsyphilis zuerst hingewiesen zu haben[1]). Zwar ging er zu weit mit der Behauptung, dass die Diagnose auf Syphilis der Lungen ohne die gleichzeitige Kehlkopfaffection stets gewagt und ihre Richtigkeit zweifelhaft sei. Denn es ist wiederholt auch bei intactem Kehlkopf Lungensyphilis mit Gewissheit erkannt worden[2]), und es ist a priori auch nicht einzusehen, warum bei einer so verschiedenartig auftretenden Krankheit nicht auch manchmal der Kehlkopf freibleiben sollte. Übrigens warnt Schnitzler selbst später[3]) wieder vor der Überschätzung des laryngoskopischen Spiegelbefundes, namentlich da am Kehlkopfe auch luetische und tuberculöse Affectionen nicht immer leicht von einander zu trennen seien.

Besondere Beachtung verdient auch der Hinweis von Schech auf die gleichzeitig häufig zu treffende Syphilis in der Trachea und den Bronchien. In fünfzig von ihm analysierten Fällen von Tracheobronchialsyphilis will er sechsmal auch luetische Erkrankung der Lunge gefunden haben[4]).

Wenn wir aber auch im allgemeinen grossen Wert darauf legen, dass sich die Syphilis auch an anderen Organen manifestiere, so würde man, wenn man sich allzusehr hierauf steifen wollte, doch manche Fälle von Lungensyphilis übersehen. Es werden uns thatsächlich in der Litteratur solche berichtet, bei denen sich ausser dem localen Befunde keine oder nur wenige sonstige Zeichen von constitutioneller Syphilis vorfanden, und ich

[1]) a. a. O. pag. 1297.

[2]) Vergl. Pankritius pag. 51 und die von Schech veröffentlichten Fälle.

[3]) Wiener medizinische Presse. 1886.

[4]) Deutsches Archiv für klinische Medizin. 1882. pag. 416.

will der Wichtigkeit der Sache halber auf einige derselben hier kurz verweisen.

Sehr interessant ist der Fall, den Ziemssen in der Berliner klinischen Wochenschrift 1887 veröffentlichte[1]). Die Diagnose wurde hier „trotz des Mangels anderer syphilitischer Erscheinungen" nach dem Geständnis des Kranken, dass er inficiert gewesen sei, gestellt aus den ausgehusteten Massen, der colossalen Dämpfung linkerseits bis zur Herzdämpfung herab, dem Fehlen der Tubercelbacillen und dem Erfolg der antisyphilitischen Cur. Später entwickelte sich allerdings an derselben Stelle ein Lungencarcinom, dem der Kranke bald erlag.

Langerhans erzählt uns von einem Patienten[2]), der ganz den Eindruck eines Phthisikers machte, weshalb er und Prof. Traube auch anfangs Tuberculose diagnosticierten. Sein Zustand verschlimmerte sich jedoch stets, es trat heftiger Husten ein, Blutspeien und Fieber. Der Patient gab zu, früher inficiert gewesen zu sein, zeigte aber ausser Drüsenschwellungen keine weiteren syphilitischen Symptome. Ein Versuch mit der antisyphilitischen Therapie brachte vollständige Heilung und machte damit eine luetische Affection der Lunge, wenn nicht gewiss, so doch sehr wahrscheinlich. Für die Praxis ist das Vorkommen derartiger Fälle jedenfalls sehr beachtenswert.

Den wesentlichsten Anhaltspunkt für die Erkennung der Lungensyphilis liefert uns die Wirkung einer antisyphilitischen Cur. Wir wissen, dass die anderen in Betracht kommenden Krankheiten, besonders die Tuberculose, unter einer Schmiercur sich nicht verbessern, dass besonders diese häufig sogar noch schlimmer wird. Man hat ja eine Zeit lang geglaubt, durch die Verordnung von Sublimat die Lungentuberculose günstig beeinflussen zu können. Eingehendere therapeutische Heilversuche haben aber gezeigt, dass diese Erwartungen sich nicht erfüllen sollten. So erklärt Hiller[3]) wieder auf Grund von eigenen Beobachtungen,

[1]) Ziemssen. Lungentuberculose, Syphilis oder Carcinom? Berl. klin. Wochenschrift. 1887. Heft 13.

[2]) Virchows Archiv. 1879. Bd. 75, pag. 184.

[3]) a. a. O. pag. 195.

dass das Sublimat von Phthisikern im allgemeinen sehr schlecht vertragen wird. Bei einigermassen vorgeschrittener Krankheit wirke es geradezu deletär. Ähnlich spricht sich Sacharjin[1]) aus. Trotzdem hat man nun wieder in den letzten Jahren hie und da von einzelnen guten Erfolgen mit Sublimat bei Tuberculose gehört. Da es demnach noch immer nicht so ganz sicher steht, ob nicht auch einmal das Sublimat sich gegen die gewöhnliche Lungenphthise wirksam erweisen kann, so muss man doch die Resultate der Therapie immerhin mit einiger Vorsicht verwerten, und man kann deshalb die günstige Beeinflussung einer Lungenaffection durch diese antisyphilitische Cur noch nicht als absolut sicheren Beweis für eine vorhandene Lungensyphilis hinstellen. Jedenfalls erhält aber durch diesen Umstand die Diagnose ihre beste Stütze.

Dies sind im grossen und ganzen die Punkte, die bei dem Diagnosticieren einer luetischen Lungenaffection herangezogen werden können. Wohl keines der angegebenen Merkmale — das muss ich hier nochmals betonen — kann uns für sich allein eine Lungensyphilis als sicher erscheinen lassen, nur mehrere oder viele in ihrer Gesamtheit und in ihrem Verhältnis zu einander, können uns für die Diagnose eine hinlänglich feste Basis geben.

Die Hauptschwierigkeit besteht meistens darin, die Lungensyphilis von der Lungentuberculose und von der catarrhalischen Pneumonie zu unterscheiden. Chronische Lungencatarrhe und catarrhalische Pneumonieen findet man unter dem Einflusse der Syphilis nicht gerade so selten, wie ich schon bei Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse erwähnt habe. Derartige Catarrhe und Entzündungen, die meistens aus einer bestehenden Laryngitis oder Tracheitis hervorgehen, treten oft schon gleichzeitig mit der Roseola, manchmal aber auch erst viel später auf. Bei vielen als Lungensyphilis publicierten Fällen hat es sich wohl auch sicher nur um einen solchen Catarrh gehandelt; denn die Unterscheidung zwischen diesem und der interstitiellen syphilitischen Entzündung ist oft schwierig, nicht selten auch

[1]) Berliner klinische Wochenschrift. 1878. 3. Heft.

unmöglich, da die letztere auch meist von Catarrhen begleitet ist und deshalb häufig ganz unter den Erscheinungen verläuft, wie sie bei chronischen Catarrhen und catarrhalischen Pneumonieen beobachtet werden.

Doch man muss theoretisch wenigstens diese beiden Erkrankungen scharf trennen. Die unter dem Einfluss der Syphilis entstehende catarrhalische Pneumonie ist eine Affection, die wir ohne Lues in derselben Weise auch antreffen und die sich aus der Neigung der Schleimhäute zu chronischen Catarrhen bei Syphilis erklärt. Bei der syphilitischen Lungenentzündung aber haben wir es mit einem activen primären Wucherungsprocess des Bindegewebes zu thun, wie er sich in dieser Weise wohl, von den Neubildungen abgesehen, bei keiner anderen Lungenkrankheit findet.

In practischer Hinsicht hat diese Unterscheidung ja nur eine untergeordnetere Bedeutung. Die Hauptsache ist, dass wir hier erkennen, dass die Krankheit syphilitischer Natur ist und eine dementsprechende Therapie anwenden.

Viel schlimmer ist das Dilemma bei der Entscheidung zwischen Lungentuberculose und Lungensyphilis, weil hier von der Richtigkeit der Differentialdiagnose die ganze Richtung der Therapie und damit das Wohl und Wehe des Patienten abhängt. Hiller hat zwar gemeint, das klinische Bild der beiden Krankheiten decke sich gar nicht so vollständig, wie behauptet werde; es handle sich bei dieser Ähnlichkeit nur um äussere unwesentlichere Momente[1]) und die Unterscheidung sei bei sorgfältiger Untersuchung nicht so sehr schwer[2]). Das Gegenteil beweisen uns aber gar manche Angaben aus der Litteratur, wo von den besten Klinikern beide Processe lange Zeit nicht oder überhaupt nicht unterschieden werden konnten. Sehr interessant ist in dieser Beziehung ein von Fournier sehr ausführlich beschriebener Fall[3]), der ganz die Symptome einer vorgeschrittenen tuberculösen Phthise bot: Kachektisches Aus-

[1]) a. a. O. 192 f.
[2]) pag. 280.
[3]) Annales de Dermatologie et de Syphilographie. 1878—79. pag. 121—133.

sehen, starker Husten, Abmagerung, grünlicher eiteriger Auswurf, Dämpfung über der linken Spitze und Cavernen ebenda. Die Patientin hatte am Bein ein grösseres syphilitisches Geschwür mit rasch progressivem Character, wegen dessen sie einer antiluetischen Kur unterworfen wurde. Während derselben gingen zugleich mit dem Geschwür auch die Erscheinungen an der Lunge gänzlich zurück, und die Kranke konnte bald geheilt entlassen werden. Fournier betont selbst, dass die Patientin unter dem Bilde einer tuberculösen Phthise zu Grunde gegangen wäre, wenn nicht das rasch sich vergrössernde Geschwür an ihrem Beine eine specifische Therapie notwendig gemacht hätte.

Auch Gerhardt[1]) erwähnt kurz einen Patienten, der unter den Symptomen der Phthise starb und bei der Section an Lunge und Larynx nur exquisit syphilitische Veränderungen darbot. Ähnliche Verhältnisse treffen wir in den schon mitgeteilten Krankengeschichten von Cube und Langerhans.

Hieraus geht aber hervor, dass die Differentialdiagnose doch unter Umständen mit ganz enormen Schwierigkeiten verbunden sein kann. Allerdings gehören die genannten Fälle noch alle jener Zeit an, wo die Untersuchung des Sputums auf Tuberculbacillen uns noch nicht bekannt war und wo wir noch nicht das Kochsche Tuberculin als diagnostisches Hülfsmittel hatten, und gerade diese beiden Momente können uns bei der Trennung von Lungensyphilis und Lungentuberculose jetzt ausserordentlich grosse Dienste leisten.

Schliesslich ist aber noch ein weiterer Umstand bei der Diagnose wohl zu bedenken, dass nämlich die beiden Processe, Syphilis und Tuberculose, sich ungemein häufig gleichzeitig an der Lunge vorfinden, indem jeder der beiden für den anderen eine gewisse Prädisposition abgiebt: Phthisiker bekommen leichter eine Lungensyphilis und Patienten mit Lungensyphilis acquirieren sehr häufig hierzu eine tuberculöse Phthise. Gerhardt hat hervorgehoben[2]), dass, wenn man bei starkknochigen wohlbe-

[1]) Sitzungsberichte der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg. 1881. pag. 96.

[2]) a. a. O. pag. 94.

leibten Leuten mit gut gebautem Thorax tuberculöse Phthise findet, der Rückschluss auf eine vorangegangene Lues selten unberechtigt ist. Wenn nun gar noch die Lunge selbst luetisch afficiert ist, so ist die Disposition zur Tuberculose noch erhöht. Aber auf der anderen Seite darf auch nicht vergessen werden, dass bei einem Individuum, das mit constitutioneller Syphilis behaftet ist, eine gewöhnliche Lungenphthise ohne Einmischung von Lues auftreten kann, und dass auch unter Umständen ein Phthisiker syphilitisch inficiert wird, ohne deshalb noch Lungensyphilis dazu zu bekommen[1]).

Bei der Vereinigung von Syphilis und Tuberculose ist das Bild der Kehlkopferkrankung uns von grosser Wichtigkeit, indem wir hier oft aus dem Aussehen und dem Sitz der Geschwüre sofort erkennen, was luetischer und was phthisischer Natur ist und indem wir dann hieraus mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Gleichheit der pathologischen Vorgänge in der Lunge schliessen können[2]). Und wenn diese Unterscheidung durch den Spiegelbefund allein nicht möglich ist, so gestattet uns der Erfolg oder Nichterfolg der Therapie bei den Kehlkopf- sowie bei den Lungenaffectionen zu erkennen, was davon auf luetischer und was auf tuberculöser Basis entstanden ist, denn die ersteren weichen dann in der Regel bei entsprechender Behandlung, und was auf Rechnung der Tuberculose zu setzen ist, das wird durch Quecksilber oder Jodkali nicht beeinflusst. Auf diese Weise wird es einigermassen gelingen, die einzelnen Affectionen beider Processe bei ein und demselben Individuum von einander zu trennen.

3. Prognose und Therapie.

Es erübrigt uns, noch einiges Wenige über die Prognose und die therapeutischen Massregeln bei der Lungensyphilis zu sagen. Die Aussicht auf vollständige Genesung ist stets vorhanden, wo die Krankheit rechtzeitig erkannt und entsprechend behandelt wird. Wenn die-

[1]) Vergl. Schnitzler. a. a. O. pag. 1298.

[2]) Vergl. Schech. Deutsches Archiv für klinische Medizin. 1882. pag. 419.

selbe aber schon gar zu weit vorgeschritten und das Lungengewebe in grosser Ausdehnung schon verödet ist, namentlich aber, wenn einmal die Tuberculose sich hinzugesellt hat und die antisyphilitische Behandlung deshalb nicht mehr mit der nötigen Energie betrieben werden kann, so ist die Prognose natürlich ungünstiger, wiewohl auch in schon sehr weit vorgeschrittenen und bis nahe ad exitum gekommenen Fällen Heilung erzielt worden ist. Einigermassen wertvoll ist in Bezug auf die Prognose die Beachtung des Fiebers, da das Auftreten und Ansteigen desselben stets auf ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprocesses schliessen lässt[1]).

Zur Behandlung ist dieselbe Medication zu empfehlen wie bei der Syphilis anderer Organe, Jodkali innerlich und die gewöhnliche Schmierkur. In zweifelhaften Fällen wird es geraten sein, es zuerst mit dem Jodkali allein zu versuchen. Bei Combination von Syphilis und Tuberculose ist die antisyphilitische Therapie keineswegs direct contraindiciert, ist aber hier wegen der möglicher Weise eintretenden ungünstigen Wirkung auf die Tuberculose nur mit äusserster Vorsicht in Angriff zu nehmen.

V. Zusammenfassung.

Aus unseren Erörterungen dürfte hervorgehen, dass die Lungensyphilis eine Krankheit ist, die wohl nicht so selten aufzutreten pflegt, wie man in früherer Zeit glaubte, und wie man teilweise auch heute noch anzunehmen geneigt ist. Wir haben gesehen, dass ihre Erkennung an der Leiche sowohl wie am Lebenden oft mit grossen Schwierigkeiten sich verknüpft, indem sie oft Befunde giebt, die mit anderen Lungenaffectionen, namentlich mit Lungenkatarrhen und tuberculösen Processen, grosse Ähnlichkeit haben und kaum von ihnen zu trennen sind. Bei der Diagnose am Krankenbette hat man besonders zu achten auf die Anamnese, die functionellen Störungen, die physikalischen Veränderungen an der Lunge, das Fieber, das

[1]) Schnitzler. a. a. O. pag. 1115.

Fehlen der Tubercelbacillen, das Ausbleiben der Reaction auf das Kochsche Tuberculin, den Verlauf, die Coincidenz mit anderen syphilitischen Erscheinungen und die Wirkung der antisyphilitischen Therapie. Es ist sehr leicht möglich, dass durch fortgesetzte Beobachtung in absehbarer Zeit auch noch andere Momente zur Stütze der Diagnose gewonnen werden können, besonders durch die sorgfältige mikroskopische Untersuchung des Sputums und der expectorierten Gewebsstücke und durch die endgültige Entscheidung der Frage, ob es eine eigentliche syphilitische Phthise giebt mit Zerstörung von Lungengewebe, was nach den wenigen sicheren Beobachtungen, die in dieser Hinsicht in der Litteratur bis jetzt vorliegen, nach des Verfassers Ansicht sehr wahrscheinlich ist. Jedenfalls hat man sich in der Praxis stets vor Augen zu halten, dass es Formen der Lungensyphilis giebt, die mit der Lungentuberculose so absolute Ähnlichkeit haben, dass die namhaftesten Kliniker gestehen, die beiden Vorgänge nicht gleich oder auch überhaupt nicht unterschieden zu haben. Mancher mag wohl schon unter der Diagnose der tuberculösen Phthise zu Grunde gegangen sein, der bei richtiger Erkennung seiner syphilitischen Lungenerkrankung noch sicher hätte geheilt werden können. Deshalb muss man wohl Fournier[1]) zustimmen, der dazu auffordert, bei jeder Lungenaffection, die unter den Erscheinungen der Phthise verläuft, an Syphilis zu denken und aufs sorgfältigste alles daraufhin zu prüfen. Insbesondere sollte man nie versäumen, genauestens das Sputum eines jeden Phthisikers auf Tubercelbacillen zu durchsuchen und erst wenn diese nachgewiesen sind, eine Tuberculose als sicher anzunehmen. Und wenn dabei auch noch so oft kein directer Nutzen zu Tage tritt, so sollte man dies bei der Gefahr der Verwechslung der Tuberculose und der Syphilis der Lungen und ihren verhängnisvollen Folgen für den Patienten doch niemals vernachlässigen.

[1]) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1875. pag. 802.

VI. Einige Fälle von Lungensyphilis.

Ich führe hier noch einige Fälle von Lungensyphilis an, die an der medizinischen Klinik des Herrn Geheimrat Gerhardt in Berlin in der letzten Zeit beobachtet worden sind. Dieselben bieten an und für sich nichts direct Neues, es finden sich ganz ähnliche in der Litteratur schon mehrfach angegeben. Im einzelnen haben sie aber vielleicht doch manches Interessante, und ich will sie deshalb hier nicht übergehen.

Die genauere mikroskopische Untersuchung des Sputums auf elastische Fasern etc. wurde dabei leider nicht vorgenommen. Bei dem ersten und dritten Falle wurde darauf überhaupt nicht weiter geachtet, und bei dem zweiten war es unmöglich, da derselbe ganz ohne Auswurf verlief.

I.

Krankengeschichte.

G. L., Schlossergeselle, 46 Jahre alt, klagt über Kopf-, Hals-, Brustschmerzen und starken Auswurf, dann über einen brennenden Ausschlag auf der linken Schulter und wird deshalb am 16. Januar 95 in die Charité aufgenommen. Die Krankheit soll anfangs December 94 begonnen haben.

Hereditäre Verhältnisse: Eltern beide erst in hohem Alter gestorben, seine beiden Geschwister sind gesund.

Frühere Krankheiten: Pat. hat mehrmals Lungenentzündung gehabt im Laufe der früheren Jahre.

Status praesens: Pat. ist von mässig kräftigem Knochenbau, guter Musculatur; der Brustkorb gut gebaut. Cervical- und Inguinaldrüsen stark geschwollen. Der rechte Hoden härter als der linke. Auf der Höhe der linken Schulter zahlreiche, bis markstückgrosse, unregelmässige, etwas erhabene Flecken, in deren Mitte ein graurot bis grauweisser Fleck sich befindet. Auf der Schulter und in der Nähe des Nackens Leukodermflecken. Rauhe Schienbeinkanten. Fieber besteht nicht.

Respirationsorgane: Wenig Husten und Auswurf. Links überall guter Lungenschall. Rechts hinten oben ist der Lungenschall dumpfer und leerer als links bis zwei Fingerbreit unter die Schultergräte. Ebenso rechts oben über der Clavicula Dämpfung. Links und rechts im allgemeinen vesiculäres Atmen. Rechts im Bereiche der Dämpfung reiches Bronchialatmen, zur Zeit frei von Nebengeräuschen.

Laryngoskopischer Befund: Das Kehlkopfinnere ist bis zu den Taschenbändern normal. Zwischen dem hinteren Ende des rechten Taschenbandes und des rechten Stimmbandes befindet sich eine kleine, von normaler Schleimhaut überzogene, kaum erbsengrosse Hervorragung. Die hinteren Enden der Stimmbänder

sehen fein höckerig aus und sind verdickt. Teilweise starke Rötung. Die ganze Schleimhaut sieht trocken aus.

Circulationsapparat: Puls ziemlich voll, mittelkräftig, langsam, nicht ganz regelmässig in der Qualität. Am Herzen normale Verhältnisse.

An Leber und Milz nichts Abnormes.

Ordination: Antipyrin, täglich 1,0. Inhalieren mit 0,6 Natr. chlorat. auf 100 aqua.

Verlauf: 26. Jan. In zwanzig Präparaten keine Tubercelbacillen.

29. Jan. Kopfschmerzen; ganz vereinzelt spärliche Rasselgeräusche über der rechten Lungenspitze.

31. Jan. Beginn der antisyphilitischen Therapie, Jodkali in Milch und Schmierkur.

4. Febr. Die Borken auf der linken Schulter fallen ab.

7. Febr. Die Kopfschmerzen haben nachgelassen.

9. Febr. In vierundzwanzig Präparaten keine Tubercelbacillen. Der Ausschlag auf der linken Schulter geht zurück.

10. Febr. Der Schallunterschied auf beiden Lungenspitzen erscheint etwas geringer.

13. Febr. An den Processus vocales beider Stimmbänder eine stark gerötete Infiltration von der Grösse zweier Stecknadelköpfe.

17. Febr. Pat. fühlt sich dauernd wohl und hat keine subjectiven Klagen. Auswurf sehr spärlich. Bis jetzt wurden 48 g grauer Salbe verschmiert.

18. Febr. Die Percussion ergiebt keinen Unterschied zwischen der rechten und linken Lungenspitze. Die Verdichtung hat sich also verloren. Bei der Auscultation reines Vesiculäratmen; bei ganz tiefem Atmen nur Rasselgeräusche unbestimmter Art. Hauttubercel abgeheilt.

12. März. Kein Unterschied mehr zwischen der rechten und linken Spitze; keine Rasselgeräusche mehr hörbar.

27. März. Pat. hat bis jetzt 140 g grauer Salbe verschmiert.

28. März. Noch immer streifige Rötung der Stimmbänder, leichte Vermehrung des Secretes. Die meisten der früheren Hauttubercel sind soweit verschwunden, dass man nur noch diffuse, wenig scharf abgegrenzte, dunkle Pigmentflecke sieht, bis auf drei Stellen der vorderen Peripherie der früheren Erkrankung, wo noch ganz geringe Infiltrationen bestehen: im übrigen entsprechen die Pigmentflecke vollkommen dem Niveau der Haut. Auswurf spärlich, vorwiegend schleimig, zäh, leicht confluierend, sieht durchaus nicht tuberculös aus.

30. März. Pat. wurde geheilt entlassen.

Bei seiner Aufnahme hatte der Patient ein Gewicht von 58 kg, bei der Entlassung wog er 60 kg.

Epikrise.

Wir haben es hier mit einer Affection der rechten Lungenspitze zu thun, einhergehend mit Dämpfung und spärlichen Rasselgeräuschen, mit wenig Husten und Aus-

wurf, ohne Fieber bei einem die deutlichen Spuren von Syphilis an sich tragenden Patienten. Differentialdiagnostisch ist hauptsächlich die Tuberculose zu berücksichtigen. Dagegen spricht aber der gute Allgemeinzustand, insbesondere der kräftig gebaute Thorax, die Zunahme des Körpergewichts, die geringe Menge des Auswurfs und die wenig reichlichen Rasselgeräusche bei der ziemlich weit vorgeschrittenen Dämpfung, der fieberlose Verlauf, das Fehlen der Tubercelbacillen, die günstige Wirkung der antisyphilitischen Therapie auf die Lungenerscheinungen.

Man könnte ferner daran denken, dass, begünstigt durch die vorausgegangenen Lungenentzündungen, die zu Wucherungs- und Schrumpfungsprocessen des Bindegewebes etwa geführt hätten, sich eine katarrhalische Pneumonie hier entwickelt haben möchte. Doch auch dies ist nicht gut annehmbar wegen des vollständigen Fehlens des Fiebers und der Spärlichkeit des Auswurfs und der Rasselgeräusche bei der umfangreichen Dämpfung.

Bronchiectasieen lassen sich ausschliessen wegen der constanten, nicht wechselnden Dämpfung und dem Aussehen und der geringen Menge des Auswurfs. An Carcinom und Echinococcus ist auch nicht zu denken, schon nicht wegen der erfolgreichen Therapie.

Wir kommen so per exclusionem zu der Annahme einer syphilitischen Affection der rechten Lunge und werden darin noch bestärkt durch die zahlreichen Symptome von Syphilis an anderen Organen und namentlich durch die grossartige Wirkung der antisyphilitischen Cur.

II.

Krankengeschichte.

H. S., Hausdiener, 43 J., erkrankt am 10. Januar 96, aufgenommen am 6. Febr. 96.

Hereditäre Verhältnisse: Vater starb infolge eines Blasenleidens; die Mutter am Herzschlag; ein Bruder an Schwindsucht. Fünf Geschwister leben und sind gesund.

Äussere Verhältnisse: Pat. besuchte die Dorfschule und war bis 1879 Hausknecht auf dem Lande. Von da ab war er in Berlin ebenfalls als Hausknecht in Stellung. Auskommen genügend. Pat. war nicht Soldat. Nicht verheiratet.

Frühere Krankheiten: 1880 war Pat. 14 Tage an Gelbsucht erkrankt.

Jetzige Krankheit: Vor vier Wochen bekam Pat. Schmerzen in der linken Brust, die auf Einreibungen hin schwanden. Seit 4 Tagen traten diese wieder so heftig auf, dass er sich zu Bett legen musste und ärztlich behandelt wurde. Da der Zustand sich nicht besserte, trat er am 6. Februar in die Charité ein. Die Schmerzen sind beim etwas tieferen Atmen, beim Bücken u. s. w. sehr stark. Kein Fieber. Schlaf ziemlich gut; Appetit gut. Durst stark. Die Infection mit Lues hat vor 8 Jahren stattgefunden. Pat. wurde mit Schmierkur damals behandelt. Vor 10 Jahren Gonorrhoe.

Status praesens: Pat. ist ein mittelgrosser, kräftiger Mann mit gutem Ernährungszustand. Zahlreiche über bohnengrosse Inguinaldrüsen; bohnengrosse Cervicaldrüsen: sehr höckerige Schienbeinkanten.

Nervensystem: Leichter Tremor manuum. Pupillen mittelweit, gleich, reagieren gut. Haut- und Sehnenreflexe ziemlich lebhaft.

Circulationsapparat: An der Herzdämpfung nichts Abnormes. Töne dumpf, leise, rein. Arteria radialis hart, geschlängelt. Puls langsam, nicht immer gleich regelmässig, mittelvoll, von mittlerer Spannung.

Respirationsapparat: Links überall guter Lungenschall und reines Vesiculäratmen. Auch über der schmerzhaften Stelle in der linken Axillarlinie nichts nachzuweisen. In der Fossa supraspinata dextra Dämpfung; rechts vorn geht die Dämpfung bis zur dritten Rippe herab. Über der rechten Spitze verlängertes Exspirium.

Digestionsapparat: Zunge etwas belegt; Leib weich, nirgends druckempfindlich. Die Leberdämpfung geht oben bis zum oberen Rand der 6. Rippe; schneidet unten den Rippenbogen in der rechten Mammillarlinie. Milz nicht fühlbar. Stuhlgang regelmässig. Appetit gut; kein Erbrechen.

Laryngoskopisches: Starke Rötung der Regio interarytaenoidea. Starke Pachydermie beider Stimmbänder, besonders links.

Verlauf: 6. Febr. Ordination: Saturatio citrica: Brustthee: hydropathische Umschläge.

10. Febr. Dämpfung über der rechten Spitze wie bisher. Dauernd keine Nebengeräusche; kein Auswurf.

13. Febr. 4 g Jodkalium täglich: Dämpfung in der Fossa supraspinata erscheint etwas geringer.

17. Febr. Dauernd kein Auswurf.

20. Febr. In der Fossa supraspinata und supraclavicularis beiderseits Dämpfungsunterschied geringer; in der Fossa infraclavicularis deutlich.

21. Febr. Pat. klagt über viel Husten und hat schlecht geschlafen. Kein Auswurf.

26. Febr. Dämpfung unter dem Schlüsselbein noch deutlich, über dem Schlüsselbein weniger. Jodacne.

2. März. Dauernd kein Auswurf; kein Husten mehr.

3. März. Schnupfen: Jodismus (?). Kalium jodatum ausgesetzt.

7. März. 5 g Jodkalium täglich.

30. März. Die subjectiven Beschwerden sind fast ganz geschwunden. Die objectiven Erscheinungen an den Respirationsorganen sind zwar nicht ganz beseitigt, aber doch wesentlich geringer geworden. Der Pat. wird auf seinen Wunsch hin als gebessert entlassen.

Epikrise.

Hier war die Diagnose wegen der verhältnismässig geringfügigen Symptome keineswegs leicht. Doch sie kann wohl Anspruch auf ziemliche Sicherheit machen. Denn es ist schwer zu sagen, auf was die physikalischen Erscheinungen an den Lungen anders zurückzuführen sein könnten als auf syphilitische Infiltration. Katarrhalische Affectionen, Bronchiectasieen, frische tuberculöse Processe sind ganz ausgeschlossen wegen des Fehlens des Hustens, des Auswurfs und der katarrhalischen Geräusche. An ältere tuberculöse Herde mit secundären Bindegewebswucherungen wäre vielleicht eher zu denken; aber der Patient hat früher nie Beschwerden gehabt, die irgendwie damit in Zusammenhang gebracht werden könnten. So bliebe nur noch die Annahme einer Neubildung übrig, und diese könnte wegen des guten und sich stets bessernden Kräftezustandes des Patienten nur eine gutartige sein. Neubildungen an der Lunge, mit Ausnahme der Gummata, sind aber äusserst selten. Viel häufiger ist die syphilitische Lungenaffection, die ausserdem durch die gleichzeitig vorhandenen luetischen Processe an anderen Organen sowie durch den Erfolg der Therapie sehr wahrscheinlich gemacht sind, wenn auch wegen des voreiligen Weggangs des Patienten aus der Anstalt eine vollständige Heilung nicht erzielt werden konnte.

III.

Krankengeschichte.

L. S., 36 Jahre alt; aufgenommen am 2. Mai 1895.

Hereditäre Verhältnisse: Vater an Krebs gestorben, Mutter lebt noch. Patient kommt in das Krankenhaus wegen blutigen Urins, Schmerzen beim Urinlassen und Druckgefühls im Unterleib. Seit drei Jahren hustet er, will sogar einmal Bluthusten gehabt haben. Vor drei Jahren war der Pat. vier Wochen total heiser. In letzter Zeit hat er nachts häufig geschwitzt.

Status praesens.

Allgemeines: Mittlerer Knochenbau, geringes Fettpolster, schlaffe Musculatur. Schienbeinkanten rauh; bohnengrosse Inguinaldrüsen.

Circulationsapparat: Spitzenstoss bis einen Finger breit nach aussen von der Mammillarlinie fühlbar und sichtbar. Über der Herzspitze und Basis weiches systolisches Geräusch, die übrigen Töne rein. Der 2. Pulmonalton etwas verstärkt. Niemals Fieber.

Digestionsapparat: Milz etwas vergrössert.

Respirationsapparat: Überall guter Lungenschall; nur über der rechten Spitze Dämpfung und zwar vorn bis zur zweiten Rippe, hinten bis zur Spina scapulae. Über der Dämpfung rauhes, aber reines Bronchialatmen; sonst reines Vesiculäratmen. Schleimig-eitriges Sputum.

Larynx: Verdickungen an beiden Stimmbändern; hintere Larynxwand unregelmässig. Am Zungengrund eine etwa bohnengrosse Geschwulst.

Der Urin enthält Eiweiss, Blut und hyaline Cylinder.

Verlauf: 8. Mai. Infiltration an der hinteren Larynxwand dicker geworden. Die rechte Plica ary-epiglottica ist stark ödematös geschwollen. Heiserkeit. Im Urin fortgesetzt Albumen, Blut und Cylinder.

18. Mai. In 17 Präparaten, die seit dem Eintritt des Pat. gemacht wurden, keine Tubercelbacillen.

1. Juni. Urin jetzt frei von Albumen, Blut und Cylindern. Die Dämpfung über der rechten Spitze ist viel geringer geworden, so dass ein Schallunterschied nur noch schwer nachzuweisen ist. Auswurf dauernd schleimig-eitrig, hat nie das Aussehen eines tuberculösen gehabt. In 19 Präparaten keine Tubercelbacillen.

Der Pat. hat im ganzen 48 g Unguentum cinereum verschmiert und täglich 3 g Jodkali genommen. Er verlässt aus pecuniären Gründen am 1. Juni 95 gebessert die Anstalt. Schonung und poliklinische Behandlung wird ihm empfohlen, vor allem Fortsetzung der antisyphilitischen Kur.

Epikrise.

Die Krankheitssymptome und der Verlauf zeigen bei diesem Patienten eine ziemliche Ähnlichkeit mit den Erscheinungen bei dem zuletzt erwähnten Falle, und ich kann deshalb im allgemeinen auf das in der letzten epikritischen Betrachtung Gesagte verweisen. Es muss aber bemerkt werden, dass hier die Diagnose nicht so gut gestützt ist wie in dem vorhergehenden Falle. Der angeblich einmal aufgetretene Bluthusten und die Nachtschweisse würden eigentlich mehr für eine Tuberculose sprechen. Aber der negative Befund bei der Prüfung auf Tubercelbacillen, das reine Bronchialatmen ohne

Rasselgeräusche, die wesentliche Besserung unter der antisyphilitischen Cur, welche eine Lungentuberculose ja in der Regel verschlimmert, machen doch eine syphilitische Lungeninfiltration sehr wahrscheinlich.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gerhardt für die Überlassung der Krankenjournale, sowie Herrn Privatdocenten Dr. E. Grawitz, Stabsarzt und I. Assistenzarzt der II. medizinischen Klinik der Charité, für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Durchsicht derselben meinen ehrerbietigen Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Die Lungensyphilis kann ganz unter den Symptomen einer gewöhnlichen Phthise verlaufen. Darum ist stets bei phthisischen Erscheinungen an die Möglichkeit einer syphilitischen Lungenaffection zu denken.

II.

Über die therapeutische Wirkung des Kochschen Tuberculins bei Lungentuberculose bestehen immer noch keine abschliessenden Untersuchungen.

III.

Die Quinckesche Lumbalpunction sollte ihrer grossen diagnostischen und therapeutischen Bedeutung wegen in die Praxis allgemeinere Aufnahme finden.

Lebenslauf.

Verfasser, Jakob Schiffmacher, katholischer Konfession, ist geboren am 20. September 1873 in Mainz als Sohn des Kaufmanns Georg Schiffmacher. Er besuchte das Gymnasium zu Mainz, welches er zu Ostern 1892 mit dem Zeugnis der Reife verliess, und studierte dann ein Semester Theologie an der Universität in Innsbruck. Im Herbst 1892 wandte er sich dann dem medizinischen Studium zu, besuchte ein Semester die Universität zu Würzburg und studierte die folgenden vier Semester in München, woselbst er am 21. Juli 1894 die ärztliche Vorprüfung bestand. Seit Ostern 1895 ist er an der Berliner Universität immatriculiert und bestand daselbst das Tentamen medicum am 21. Juli, das Examen rigorosum am 28. Juli 1896.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Würzburg: Fick, v. Kölliker, Schultze.

München: Angerer, Bauer, v. Bayer, Bollinger, Goebel, Hertwig, Klausner, v. Kupffer, v. Lommel, Rüdinger, Schmitt, Stumpf, Tappeiner, v. Voit, Ziegler, v. Ziemssen.

Berlin: B. Baginsky, v. Bergmann, Gebhard, Gerhardt, Grawitz, Gusserow, Heubner, Jolly, Klemperer, Langerhans, Liebreich, v. Leyden, Nagel, Olshausen, Rubner, Schweigger, Silex, Winter.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.